Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas

Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas

Suely Ferreira Deslandes
Organizadora

Editora Fiocruz

Coleção Criança Mulher e Saúde

ISBN: 85-7541-079-2

Capa, Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica

Angélica Mello e Daniel Pose

Imagens da capa

A partir de pinturas de Candido Portinari: *A Greve* (1950, óleo/tela, 55 x 46 cm, coleção particular, São Paulo, SP); *Índia e Mulata* (1934, óleo/tela, 72 x 50 cm, coleção particular, São Paulo, SP); *Meninos com Carneiro* (1959, óleo/madeira, 172 x 112 cm, coleção particular, São Paulo, SP); *Meninos no Balanço* (1960, óleo/tela, 61 x 49 cm, coleção particular, Rio de Janeiro, RJ); *Moleques Pulando Cela* (1958, óleo/tela, 59,5 x 72,5 cm, coleção particular, São Paulo, SP); *Retrato de Maria Grávida* (1939, óleo com areia/tela, 45,5 x 33,5 cm, coleção particular, Fortaleza, CE). Nossos agradecimentos a João Candido Portinari pela cessão de direitos de uso das imagens das obras nesta coleção.

Revisão

Irene Ernest Dias

Divulgação da Coleção Criança, Mulher e Saúde

Nina de Almeida Braga

Catalogação na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

D461h Deslandes, Suely Ferreira (org.)
Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. / Organizado por Suely Ferreira Deslandes. – Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2006.
416 p. (Coleção Criança, Mulher e Saúde)

1.Humanismo. 2.Assistência à saúde. 3.Relações médico-paciente. 4.Saúde da mulher. 5.Saúde infantil (Saúde Pública). I.Título.

CDD - 20.ed. - 614

2006
Editora Fiocruz
Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
http://www.fiocruz.br

Autores

Ana Cristina Wanderley da Paixão

Médica, mestre em Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Ginecologista do IFF/Fiocruz.

Anamélia Lins e Silva Franco

Psicóloga, mestre em Psicologia do Desenvolvimento pelo Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (IP/UnB), doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Professora da Faculdade Ruy Barbosa e da Universidade Católica de Salvador (Ucsal).

Andrea Caprara

Médico, doutor em Antropologia pela Universidade de Montreal. Professor adjunto do Departamento de Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará.

Denise Streit Morsch

Psicóloga, doutora em Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Psicóloga da Clínica Perinatal Laranjeiras.

Denyse Telles da Cunha Lamego

Fonoaudióloga, especialista em Saúde Mental da Infância e Adolescência, mestre em Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Analista em Ciência e Tecnologia (IFF/Fiocruz).

Elizabeth Artmann

Assistente social, mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz.

Francisco Antonio de Castro Lacaz

Médico, doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professor adjunto do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Escola Paulista de Medicina, setor de Planejamento em Saúde.

Francisco Javier Uribe Rivera

Médico, doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Pesquisador titular da Ensp, Departamento de Planejamento e Gestão.

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Médico, doutor e mestre em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP). Professor da Universidade de São Paulo.

Leila Adesse

Médica, mestre em Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Professora da Escola de Governo/Ensp/Fiocruz.

Leny Alves Bomfim Trad

Psicóloga (FFCH), doutora em Ciências Sociais e Saúde pela Universidade de Barcelona. Professora adjunta do Instituto de Saúde Coletiva. Coordenadora do grupo de pesquisa Comunidade, Família e Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Leny Sato

Psicóloga, doutora em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP). Professora do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho do Instituto de Psicologia da USP.

Marcos Augusto Bastos Dias

Médico obstetra, mestre e doutor em Saúde da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), membro da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa). Médico do Instituto Fernandes Figueira.

Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins

Psicóloga, especialista em Psicodrama (Sociedade de Psicodrama de São Paulo) e em Psicanálise (Instituto Sedes Sapientiæ), doutora em Distúrbios da Comunicação pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP). Docente responsável pela linha de pesquisa Humanização em Saúde no Programa de Pós-Graduação do Instituto de Pesquisa da SES/SP.

Maria Christina (Nina) de Almeida Braga

Socióloga, psicóloga com especialização em Terapia de Família e mestranda em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz).

Maria de Fátima Pinheiro da Silva Junqueira

Psicóloga, mestre em Psicologia Clínica pela PUC-Rio, doutora em Ciências pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Pesquisadora visitante na Fiocruz/Faperj.

Priscila Menezes Aragão

Psicóloga, mestre em Saúde Coletiva (IMS/Uerj). Psicóloga do Centro Pediátrico da Lagoa.

Regina Helena Simões Barbosa

Psicóloga, mestre em Saúde Pública e doutora em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Professora e pesquisadora do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva/Departamento de Medicina Preventiva/Faculdade de Medicina da UFRJ. Coordenadora da linha de pesquisa Gênero e Saúde.

Rosa Maria de Araújo Mitre

Terapeuta ocupacional, psicopedagoga, mestre e doutora em Ciências – Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Coordenadora do Saúde e Brincar – Programa de Atenção Integral à Criança Hospitalizada e da Comissão de Humanização do IFF/Fiocruz.

Sandra Lúcia Filgueiras

Psicóloga sanitarista. Secretaria de Estado de Saúde/RJ - Assessoria Estadual de DST/Aids.

Suely Ferreira Deslandes (Organizadora)

Socióloga, mestre em Saúde Pública e doutora em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Pesquisadora e professora da Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Pesquisadora colaboradora do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Fiocruz).

Sumário

II - Humanização nos Cuidados de Saúde da Criança

III - Humanização nos Cuidados de Saúde da Mulher

Apresentação

A proposta de elaboração deste volume vem ao encontro da necessidade de aprofundar criticamente a noção/diretriz de humanização que tem norteado tantas iniciativas, discursos e até mesmo uma política nacional do Ministério da Saúde no campo da assistência, a Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS, vigente desde 2003. Essas ações assinalam um investimento pioneiro de algumas secretarias municipais e estaduais de Saúde que protagonizaram esta reflexão e a do Ministério ao lançar inicialmente o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (2000-2002), o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (2000), a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru (2000), além de vários outros programas que também incluíam em suas diretrizes o compromisso com este ideário (Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, Programa de Acreditação Hospitalar, Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde, entre outros).

A humanização tem sido associada a distintas e complexas categorias relacionadas à produção e gestão de cuidados em saúde, tais como: integralidade, satisfação do usuário, necessidades de saúde, qualidade da assistência, gestão participativa, protagonismo dos sujeitos e a intersubjetividade envolvida no processo de atenção.

Outras temáticas, que constituem debates e agendas de base do SUS, se alinham ao seu campo discursivo, especialmente o pleito de uma

assistência capaz de prover acolhimento e resolutividade. Invoca-se a idéia de um modelo assistencial que, a partir de amplo e cotidiano investimento comunicacional entre gestores, profissionais e usuários, seja capaz de valorizar como sujeitos os diferentes atores envolvidos no processo de produção de cuidados.

O objetivo desta publicação é, portanto, apresentar um balanço crítico dos conceitos e perspectivas que atravessam tal ideário e analisar os limites e possibilidades das iniciativas autodenominadas 'de humanização'. Especial destaque será dado aos discursos e práticas de humanização no campo da assistência à saúde da criança e da mulher, em função do significativo espaço que têm ocupado na organização do cuidado neste setor.

Este livro destina-se a todos profissionais da saúde em suas distintas especialidades e formações, gestores, estudantes de graduação e de pós-graduação, bem como aos pesquisadores desta área temática.

Algumas inquietações estiveram presentes transversalmente na organização deste trabalho: 1) Seria possível atribuir ao conjunto de debates sobre a humanização alguma identidade conceitual (ainda que polifônica, heterogênea e em transformação)?; 2) Em caso afirmativo, quais seriam tais balizas e sua abrangência?; 3) Tais balizas teriam, de fato, o potencial transformador do modelo vigente da assistência?

A expectativa não é a de produzir consensos, mas a de abrir um debate rico e intenso, contribuindo para consolidar bases teóricas de um conjunto de ações que já mobiliza milhares de profissionais comprometidos com a necessária utopia de prover serviços capazes de produzir cuidados dignos, atentos à intersubjetividade de seus partícipes e comprometidos com a vida.

O livro traz inicialmente o prefácio escrito por Maria Cecília de Souza Minayo, que de forma especialmente sensível pondera sobre o projeto da obra e reflete sobre a importância da perspectiva da humanização dos cuidados num contraponto filosófico e ligado à práxis dos serviços.

O livro se divide em três partes. A primeira busca discutir conceitualmente a proposta e a denominação de 'humanização' de diversos pontos de vista disciplinares. A segunda traz as experiências e a reflexão

sobre a humanização no campo dos cuidados das crianças e recém-nascidos. A terceira e última parte congrega o conhecimento e alguns relatos de ações voltadas para os cuidados da saúde da mulher.

O primeiro capítulo, 'Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica', resgata alguns marcos da sociologia médica norte-americana da década de 1970 para a construção teórico-conceitual da humanização em saúde e de sua definição como objeto de estudo desta disciplina.

O segundo capítulo, de José Ricardo de C. M. Ayres, 'Cuidado e humanização das práticas de saúde', apresenta uma perspectiva reflexiva da noção de Cuidado, trazendo à luz alguns dos desafios conceituais e práticos postos pelo ideal da humanização. Aprofunda ainda, a partir de diferentes tradições da filosofia, sua definição de humanização como "um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum".

Andrea Caprara, Anamélia Lins e Silva Franco assinam o terceiro capítulo, intitulado 'Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades, falácias'. Desenvolvem reflexão sobre a demanda por uma comunicação mais aberta entre médicos e pacientes a fim de possibilitar melhor qualidade do atendimento e como estratégia de base para a humanização dos cuidados em saúde. Nessa trajetória os autores vão conceituar, a partir de ampla revisão da literatura, o termo 'relação' e a forma como esta noção se constitui prática na interação entre cuidador e paciente. Ilustram tais desafios com depoimentos de médicos participantes de pesquisa feita pelos autores na Bahia e no Ceará. Refletem também sobre as possibilidades e necessidades da incorporação das humanidades na formação médica.

O quarto capítulo, 'Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde', de Francisco Antonio de Castro Lacaz e Leny Sato, traz um dos eixos fundamentais das propostas de humanização: a vertente da organização do trabalho e da perspectiva do trabalhador da saúde. Os autores fazem uma análise crítica da noção de qualidade de vida no trabalho,

levando em consideração as contribuições do campo da saúde do trabalhador e suas implicações para a humanização do cuidado e do trabalho em saúde. Enfatizam a importância do controle do trabalhador sobre seu próprio trabalho como aspecto fundamental para a melhoria da saúde desses profissionais, bem como para se pensar a qualidade do cuidado e da relação com a clientela, tornando evidente a centralidade do chamado trabalho vivo.

'Oficinas de humanização: fundamentação teórica e descrição de uma experiência com um grupo de profissionais da saúde', de Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins, é o quinto capítulo. Toma como contexto mobilizador o processo de desgaste e sofrimento do trabalhador da saúde para apresentar a rica experiência promovida por quatro anos pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, denominada Oficinas de Humanização. O texto apresenta a metodologia desse trabalho com profissionais, baseado principalmente nas técnicas de grupos de reflexão sobre a tarefa assistencial e do teatro pedagógico.

O sexto capítulo, de Maria Cristina de Almeida Braga, 'Redes sociais de suporte e humanização dos cuidados em saúde', focaliza o conceito de redes de suporte social, seja no plano afetivo, material e de informação, e as possibilidades da promoção de apoio tanto na vida cotidiana dos pacientes quanto em momentos excepcionais ou de emergência. Demonstra como essas redes de suporte ultrapassam os limites da família consangüínea e como sua extensão e plasticidade deveriam ser consideradas pelas instituições de saúde como forma de promoção de cuidados consoantes à perspectiva de humanização.

No sétimo capítulo, de Leny Alves Bomfim Trad, 'Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica', desenvolve-se uma reflexão acerca dos desafios da humanização no âmbito da atenção básica, representada aqui pela imagem do encontro entre o trabalhador da saúde e o usuário. Apresentam-se dois eixos de discussão. O primeiro focaliza as tecnologias da relação ou tecnologias leves, mais especificamente a tríade acolhimento, vínculo e autonomia. O segundo remete ao processo de reconhecimento das necessidades dos usuários, problematizando as dificuldades de operacionalização desta categoria. As reflexões utilizam

como contraponto empírico dados extraídos de dois estudos qualitativos no âmbito Programa Saúde da Família (PSF) na Bahia.

O capítulo oitavo, de Elizabeth Artmann e Francisco Javier Uribe Rivera, 'Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa', discute o desafio da articulação entre o saber tecnológico da clínica com uma perspectiva político-comunicacional e o agir comunicativo, na perspectiva de produzir elos intersubjetivos entre profissionais e usuários. Os autores refletem sobre os obstáculos comunicativos do sistema, reafirmando a possibilidade de crítica comunicativa a aspectos culturais organizacionais que constituem empecilhos a uma cultura da comunicação e de humanização. Apresentam, por fim, propostas no campo da gestão que poderiam ser favoráveis ao fortalecimento de uma política de humanização nos serviços de saúde, das quais se destaca o sistema colegiado e participativo.

A segunda parte se inicia com o capítulo de Denise Streit Morsch e Priscila Menezes Aragão. 'A criança, sua família e o hospital: pensando processos de humanização' traz a vasta experiência dessas duas psicólogas no cuidado intensivo neonatal e pediátrico, no contato seja com os pacientes, com seus familiares ou com as equipes de saúde. Abordam, no cotidiano da rotina hospitalar, as possibilidades de humanização dos cuidados em situações clínicas agudas e, sobretudo, das enfermidades crônicas.

O décimo capítulo, de Maria de Fátima Junqueira, Denyse Lamego, Denise S. Morsch e Suely Deslandes, 'Os desafios da humanização numa UTI Neonatal Cirúrgica', analisa a perspectiva da humanização da assistência dentro de *setting* que tem uma missão e organização de trabalho específica, a UTI Neonatal Cirúrgica. Com base em um estudo teórico e prático que teve como eixo o conceito de cuidado integral articulado ao de humanização, abordou esta temática pelo viés das relações estabelecidas entre os profissionais da saúde e os bebês internados e seus pais.

Rosa Maria de A. Mitre é a autora do capítulo 11, 'O brincar no processo de humanização da produção de cuidados pediátricos'. O texto discute o brincar como importante agente na produção de cuidados pediátricos. Considerando que a produção de saúde é um processo que

envolve a participação ativa do usuário, a atividade lúdica possibilita maior protagonismo das crianças que vivem experiências de adoecimento e hospitalização. O brincar como instrumento no processo de humanização se insere na perspectiva de uma tecnologia de relações, capaz de interrogar sentidos e significados, possibilitando a busca de novos referenciais para a intervenção clínica.

Ana Cristina Wanderley da Paixão e Suely Deslandes assinam o capítulo 'Humanização da assistência às vítimas de abuso sexual infantil: retomando o debate da relação médico-paciente'. Nele, descrevem-se as múltiplas formas de revitimização não raro ocorridas no atendimento às vítimas de violência e trata-se da importância estratégica da relação médico-paciente no cuidado das crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual, retomando a antítese da violência como um ponto nodal da proposta de humanização.

A terceira parte do livro é inaugurada pelo texto de Regina Helena S. Barbosa, 'Humanização da assistência à saúde das mulheres: uma abordagem crítica de gênero', que resgata a história do movimento de mulheres e suas conquistas na criação de uma proposta assistencial norteada pelo princípio da integralidade e comprometida com a promoção de direitos. Baseado em uma ótica crítica de gênero, o capítulo relaciona esse processo histórico à humanização da assistência à saúde e revela as contradições existentes entre esta proposta e as possibilidades objetivas para sua efetiva implementação num contexto neoliberal e de forte medicalização do corpo feminino. Traz ainda vívidos exemplos desses limites na assistência à saúde reprodutiva de mulheres portadoras de HIV/Aids.

O artigo seguinte, de Marcos Augusto Dias e Suely Deslandes, 'Humanização da assistência ao parto no serviço público: reflexão sobre desafios profissionais nos caminhos de sua implementação', retoma as transformações ocorridas nos cuidados com a mulher no momento do parto e os fatores histórico-culturais que conformam o atual modelo médico de assistência ao parto. O texto discute os desafios para a implementação de uma política de humanização da assistência ao parto nos serviços públicos, envolvendo aspectos tanto da estrutura dos serviços, da decisão política e

da formação e capacitação profissional quanto de variáveis sociais e das referências culturais das mulheres e famílias atendidas.

'Assistência à mulher em abortamento: a necessária revisão de práticas de má conduta, preconceito e abuso', de Leila Adesse, traz ao debate a alarmante situação de mulheres que necessitam de assistência ao abortamento, muitas recorrendo a procedimentos que trazem riscos a sua saúde, contribuindo para um significativo percentual de mortes maternas. Mesmo sendo este um problema de saúde pública, destaca-se a repetida ocorrência de situações de inadequada assistência por parte das equipes de saúde. A violência institucional contra as mulheres em situação de abortamento é o objeto de enfoque desse capítulo, que discute a imperiosa necessidade de revisão de procedimentos e abordagens que possibilitem qualificar e humanizar a referida atenção e promover uma orientação digna às mulheres.

O texto de Sandra Filgueiras, 'Eu não sou só o HIV que eu tenho: humanização, acolhimento e escuta no atendimento a mulheres que vivem com Aids', toma como ponto de partida a experiência de uma mulher vivendo com Aids e que é atendida nos serviços do SUS. A autora, então, tece reflexões sobre a dicotomia entre a valorização de certas tecnologias e a intersubjetividade nas ações de saúde. Indaga sobre pontos cardeais na produção de cuidados: quem são, de fato, os sujeitos reconhecidos no ato cuidador? Como se dá a comunicação entre eles? A tecnologia do acolhimento pode contribuir para o processo de humanização e integralidade da atenção à saúde? Destaca de forma extremamente sensível a subjetividade de mulheres que vivem com Aids e a importância de que tal dimensão seja considerada pelo profissional da saúde para que haja, de fato, o diálogo e a construção compartilhada de um caminho terapêutico.

Este livro contou ainda com a preciosa avaliação e revisão técnica das doutoras Maria Cecília de Souza Minayo e Denise Streit Morsch. As sugestões de ambas em muito enriqueceram esta obra coletiva.

A Organizadora

Prefácio

Sobre o Humanismo e a Humanização

O humanismo é uma postura de vida democrática e ética que afirma que os seres humanos têm o direito e a responsabilidade de dar sentido e forma às suas próprias vidas. Defende a construção de uma sociedade mais humana através de uma ética baseada em valores humanos e outros valores naturais, dentro do espírito da razão e do livre-pensamento, com base nas capacidades humanas.

IHEU - Minimum Statement on Humanism

A organizadora, Suely Deslandes, e os vários autores que compõem esta coletânea dão continuidade a uma longa tradição ocidental de pensar o lugar do ser humano no mundo e nas inter-relações com seus semelhantes em um campo crucial como o da saúde. Apresentando textos que completam o ciclo das relações entre todos os atores que conformam esse universo, Suely traz uma contribuição fundamental, sobretudo para a formação dos profissionais da área, visando a uma ética do cuidado e a uma prática de solidariedade. No prefácio, tentarei contribuir, pensando a especificidade do tema no campo teórico e de práticas da contemporaneidade. Para isso, retomo as raízes e as transformações do conceito de humanismo, de onde deriva o termo 'humanização'.

A palavra 'humanismo' deriva do latim *humanus*. "Um humanista pode ser definido como alguém cuja visão do mundo confere grande importância à vida e aos valores humanos. O humanismo realça a liberdade do indivíduo, a razão, as oportunidades e os direitos" (Gaader, 2002:55). Como doutrina filosófica, o humanismo teve seus antecedentes na Grécia Antiga, mas todos os grandes períodos da história, como é o caso do Renascimento e do Iluminismo, foram marcados pelas preocupações contidas nesse conceito. Os estudiosos atribuem a origem do humanismo a Sócrates, condenado à morte em 399 a.C., exatamente por colocar em dúvida a existência dos deuses oficiais, fixando suas reflexões sobre os problemas humanos. Dizia-se em sua época que ele corrompia a juventude pois fazia a filosofia descer do céu à terra, alojar-se nas ruas, entrar nas casas e obrigar as pessoas a pensar na vida e acerca do bem e do mal.

Também o estoicismo contribuiu para as idéias humanistas pela forma como concebia a natureza, os princípios de solidariedade entre as pessoas e a busca da felicidade. Os estóicos afirmavam que a constituição de princípios morais devia ser feita pela busca da justiça universal que está presente nas leis naturais. Um dos grandes estóicos, Cícero, levou o humanismo a um lugar central na filosofia, o que é sintetizado na seguinte frase a ele atribuída: "para a humanidade, a humanidade é sagrada". Os estóicos eram cosmopolitas, integrando-se na sociedade do seu tempo e ocupando-se com o bem comum, tendo sido, inclusive, os primeiros grupos a criar instituições de caridade para os pobres e doentes.

Tanto o pensamento humanístico dos estóicos como o de Sócrates foram revolucionários para seu tempo, pois se concentravam na idéia de colocar os seres humanos, e não os deuses, como responsáveis pela vida social e pela cumplicidade e compaixão entre as pessoas. Também todos eles erigiam a razão como base das percepções.

Do ponto de vista da filosofia humanista, a Idade Média pode ser considerada uma época obscurantista, na medida em que o poder e as consciências foram dominados pela religião. Ao contrário, o humanismo floresceu na era chamada Renascimento, significando uma força contrária ao obscurantismo vivido na Europa pelos excessos do cristianismo e da

Igreja católica. Esse movimento constituiu um ponto de inflexão nas preocupações com a falsa moralidade, colocando ênfase na importância de se viver a vida com prazer, de se admirar o belo e de usufruir as coisas boas. As artes e o conhecimento transformaram-se em portadores de uma grande sensibilidade para o humano e para a beleza das formas humanas. Leonardo da Vinci pode ser considerado um símbolo dessa etapa da história, pois seu fascínio pelo ser humano está patente nas pinturas e esculturas em que as pessoas são retratadas evidenciando forte caráter, autonomia e personalidade.

A Renascença representou a retomada do humanismo da Antiguidade, embora em um plano muito mais sólido, pois desde então a Europa iniciou uma longa caminhada para a secularização, promovendo um progressivo afastamento da Igreja católica, cuja doutrina era colocada no centro das visões de mundo reinantes. Como tudo na história, o novo é sempre uma construção com o barro do passado e o projeto do futuro. Os renascentistas, embora fundamentados nas idéias humanistas da Antiguidade, foram responsáveis por uma nova atitude em relação à humanidade; por uma grande vitalidade intelectual; e, na ciência, pelo surgimento do método científico que retirou à religião o controle do conhecimento.

O Iluminismo, já no século XVIII, consagrou as principais idéias da Renascença e aprofundou algumas concepções originais e importantes como a liberdade de expressão, a tolerância religiosa e a racionalidade como lócus preponderante do pensamento e da ação humana. Para os iluministas, cuja figura-símbolo é Voltaire, o esclarecimento e a razão acabariam por vencer os obscurantismos da sociedade. Por isso, na sua visão, era de suma importância investir na educação dos jovens a fim de que as sociedades vencessem a miséria e a opressão, causas da ignorância e da superstição. A hegemonia dos princípios iluministas coincidiu com o período áureo do capitalismo industrial, ou da chamada Modernidade.

Teve origem no Iluminismo a Declaração Universal dos Direitos Humanos, na qual a sociedade européia, por meio da Revolução Francesa, consagrou os direitos dos indivíduos e dos cidadãos e erigiu a liberdade, a fraternidade e a igualdade como ideais e metas da civilização. Constitui, ainda hoje, legado precioso e fundamental, um conjunto de proposições

que se transformaram na forte cultura da chamada Modernidade: o primado da razão; a educação das massas; o progresso cultural e tecnológico; o banimento da associação entre Igreja e Estado; e a inviolabilidade dos indivíduos, a liberdade de expressão, a justiça, a filantropia e a tolerância.

A etapa pós-industrial do desenvolvimento capitalista trouxe novas questões para a cultura moderna e para o sentido histórico do conceito de humanismo. Hoje, as mudanças velozes em todas as áreas de conhecimento e de desenvolvimento tecnológico que, concomitantemente, produzem transformações nos modos de vida e de pensamento, mostram que a questão não é mais colocar o ser humano no centro de tudo, e tampouco entronizar a razão. Numa autocrítica da modernidade, os pensadores de hoje mostram que a radicalização dos conceitos iluministas levou ao antropocentrismo, ao absolutismo da ciência e da técnica e ao menosprezo da subjetividade e das emoções. Portanto, diferentemente das etapas históricas anteriores, o humanismo que se deseja para o século XXI é o que restitui o ser humano ao seu lugar solidário com a natureza e que retome como relevâncias da vida a harmonia entre a razão e os sentimentos. É preciso humanizar e responsabilizar o poder cada vez maior da ciência e da técnica.

Na área da saúde, na atualidade, o termo 'humanismo' entrou para a pauta de prioridades como política, como proposta, como debate, como tema de pesquisa e por meio do vocábulo 'humanização'. Humanização do setor Saúde significa um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações.

Muitas explicações podem ser dadas para a adoção deste tema como prioritário, mas me parece plausível que as principais se devam a um diagnóstico realizado já no início dos anos 70 do século XX por Boltanski em sua obra *As Classes Sociais e o Corpo* (1979). Segundo esse autor, as atividades da medicina se equilibram numa tripla ética: a do cuidado desinteressado ao enfermo, o que tem suas origens na caridade e nos sentimentos religiosos; a da pesquisa científica que pensa o corpo humano como objeto de estudo; e, não menos importante, a do negócio, uma vez que o ato médico e todos os dispositivos que giram em torno dele são processos de elevadíssimo valor agregado.

É de conhecimento geral que o primeiro tipo de postura que se refere ao cuidado e à dinâmica interpessoal, nas sociedades capitalistas contemporâneas, cada vez mais tem se subsumido aos outros dois valores: o da pesquisa e o do dinheiro. O segundo ângulo da tripla ética, o campo da ciência e tecnologia, em todo o mundo se tornou um dos mais importantes fatores produtivos no mundo industrial e, sobretudo, no universo pós-industrial, configurando um lócus de altíssima realização de negócios e de lucros. Isso se deve à elevada produtividade específica da área, aos sofisticados equipamentos e produtos farmacêuticos que movimentam pesquisas e complexos industriais, e aos avanços da biomedicina e seus desdobramentos na genética e nas biotecnologias. Todo o campo da saúde se constitui de objetos e artefatos que criam vida própria e canalizam interesses econômicos, independentemente das aspirações, desejos, projetos e vontades das pessoas que, com suas doenças e sofrimentos, oferecem matéria-prima para perguntas e respostas aos cientistas, propiciando-lhes experimentos e criações de segunda ordem.

O mundo dos negócios de serviços de saúde tem algumas especificidades e segmentações. Em primeiro lugar, existe o nicho que serve às pessoas abastadas, escolhe e remunera os mais renomados especialistas e equipamentos, alimentando uma pequena elite de profissionais e instituições de altíssimo padrão tecnológico. Nesse grupo, cultiva-se uma atitude bastante 'reverencial' voltada para o cliente, embora a distância do saber médico seja mantida, reproduzindo-se assim as dificuldades da intersubjetividade na relação.

Um segundo espaço é ocupado pela medicina de grupo ou individual por meio dos planos e contratos de saúde, em que o conceito de sujeito é totalmente precário. O sujeito é o cliente pagante que se enquadra quanto ao acesso aos serviços, aos profissionais e aos equipamentos, de acordo com suas posses. As contratantes geralmente são empresas lucrativas do próprio setor ou até de bancos comerciais, nos quais há uma clara dissociação entre as necessidades e a oferta de serviços, uma vez que a precondição desses dispositivos é que o sujeito a eles adira abstratamente. Quando o cliente se torna doente e precisa do atendimento, em lugar de

um cuidado humanizado e de acordo com suas necessidades, ele e sua família são confrontados, antes de qualquer intervenção, com custos e restrições. Embora na primeira alternativa aqui citada a saúde seja concebida como um negócio, o sentido mercantilista nunca foi tão evidente e escancarado como neste último caso. Basta dizer que hoje, no país, os campeões de reclamação nos processos de defesa do consumidor são os planos de saúde.

O terceiro espaço é o da saúde pública, da medicina pública e dos equipamentos públicos: em tal universo não serve a lógica do valor de troca. No entanto, aí a situação dos cidadãos é ainda mais difícil, uma vez que, ideal e hipoteticamente, eles têm direito a acesso universal e os governos investem na contratação de bons profissionais e equipamentos visando a lhes oferecer serviços gratuitos e de qualidade. A realidade é bastante diferente, restritiva e cheia de precondições. O que todo brasileiro vê, ouve e experimenta, cotidianamente, é uma demanda considerada excessiva e escassamente atendida quanto aos serviços ofertados de leitos hospitalares, de atendimentos ambulatoriais, emergenciais, domiciliares e aos procedimentos cirúrgicos. Cria-se, assim, um imenso descompasso entre a proposta constitucional e a realidade vivida. Em tais circunstâncias, falar da humanização das relações e dos cuidados soa como impropriedade absoluta. Nesse sentido, não se pode deixar de ressaltar que existem pré-requisitos estruturais para a humanização do cuidado, e é a partir deles que se torna possível mobilizar as subjetividades dos profissionais e dos usuários. Mesmo entendendo-se que estrutura e sujeito sempre estão em relação dialética na construção da realidade, a primeira é o marco das determinações e das necessidades no qual se inicia o processo de construção da historicidade.

Volto ao mundo dos sujeitos e das relações, objeto deste livro em que a tônica é a humanização dos cuidados. Lendo-se os textos desta bela coletânea em que Suely Deslandes foi capaz de convocar os melhores pensadores, especialistas e profissionais brasileiros da área da saúde e os autores deram o melhor de si, pode-se observar uma peculiaridade que emerge das entrevistas e das falas dos interlocutores ouvidos e mencionados

nos textos: alguns profissionais da saúde, apesar de tudo e de todos, das dificuldades financeiras e estruturais, do pouco tempo e do muito trabalho, cultivam uma ética do cuidado pleno e, como diria o grande sociólogo Weber, encaram e encarnam seu trabalho como vocação. Estes admiráveis servidores (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, atendentes, entre outros) são o gérmen e a semente dos pensamentos, sentimentos e ações portadores das transformações desejadas pelo Ministério da Saúde.

Portanto, a mensagem do livro tem que partir da postura seminal deles, indo em busca das mudanças possíveis de ocorrer, por meio de intervenções específicas que sensibilizem os encantados com as técnicas e com os negócios em detrimento das relações intersubjetivas em que o outro é inteiro, pleno e integral. As perguntas centrais que o livro suscita são: é possível convencer a todos? É possível humanizar as técnicas? É possível instituir a ética da intersubjetividade singular nas relações? Suely e os outros autores parecem acreditar nos caminhos de possibilidades. Com estas pessoas eu me alinho. Mas minha crença tem um condicionante: o de que todo o esforço de humanização, para ser verdadeiro e abrangente, precisa incluir o universo em que os cuidados de saúde são produzidos, seus produtores em interação, suas representações e seus atos. Caso contrário, a ênfase em alguns aspectos que humanizam a oferta de cuidados se torna uma ideologia fraca.

Encerrando este prefácio, expresso meu sincero desejo de que, ao oferecer aos leitores textos de aprofundamento teórico, filosófico e de avaliação de práticas de humanização, os autores desta obra contribuam para as necessárias transformações, a favor dos usuários e de suas relações com os serviços e com os profissionais da saúde. Esse não é um projeto menor, ao contrário, é desafiante e precisa ocorrer de forma a entranhar estruturas e subjetividades. A humanização necessita do aporte indiscutível da ciência e da tecnologia, pressupõe investimentos financeiros, mas, acima de tudo, precisa contar com uma persistente proposta de sensibilização das pessoas. A sensibilização da intersubjetivade na relação é um desafio sofisticado, pois não pode ser contida nas normas (embora as pressuponha), uma vez que, em última instância, ela se dá no encontro singular de duas

pessoas cujo nível de profundidade só poderia ser expresso por um poeta como Fernando Pessoa: "O que em mim sente está pensando".

Maria Cecília de Souza Minayo

Referências Bibliográficas

BOLTANSKI, L. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GAADER, J. *O Livro das Grandes Religiões*. São Paulo: Cia. das Letras, 2002.

IHEU. Minimum Statement on Humanism. Disponível em: <http://www.iheu.org/node/178>. Acesso em: 26 fev. 2006.

Parte I

Humanização dos Cuidados: explorando conceitos e conexões disciplinares

1 Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica

Suely Ferreira Deslandes

Em diversas ocasiões ouvi depoimentos de pessoas afirmando que o debate sobre a humanização dos cuidados em saúde é uma espécie de novo modismo ou conceito de ocasião, criado para nomear uma suposta óbvia vocação dos cuidados. Desapontando tais opiniões, devo esclarecer que o debate, esforço conceitual e luta por novas possibilidades de organização desses cuidados não são de forma alguma novos no campo da saúde. Suas nuances marcam, entretanto, a historicidade não só dos argumentos e sentidos envolvidos, das tradições teóricas, mas das relações hierárquicas, estruturas e modelos de comportamento em que se inserem os personagens mais constantemente invocados neste campo: profissionais e pacientes.

O objetivo deste artigo é, portanto, recapitular um pouco da tradição teórica do debate da humanização, tomando como referência textos dos anos 70 do século XX com base no enfoque da sociologia médica. Procuramos apenas tangencialmente confrontar alguns aspectos valorizados por essa literatura com o foco das reflexões brasileiras atuais.

Revisitar esse debate nos mostra a persistência de alguns dilemas éticos, morais e ideológicos. Sua constância pode ser explicada seja pela complexidade da reflexão que envolve (Em que consiste humanizar o cuidado de saúde? O que seria desumanizá-lo?), seja pela permanência de certas

estruturas que alicerçam a produção de cuidados em saúde e que, portanto, reproduzem e atualizam as dinâmicas relacionais aí presentes. Olhar para as discussões das décadas anteriores nos mostra ainda a permanência de alguns conceitos e modelos explicativos neste campo. Indica, por outro lado, o amadurecimento de certos questionamentos, o abandono de outros e a incorporação de distintas tradições teóricas e disciplinares.

A descrição de um conjunto de práticas, lógicas e interações que poderiam ser reconhecidas como fatores de desumanização estará presente em estudos realizados desde os anos 50 por diversos campos da saúde (Casate & Corrêa, 2005).

Consideramos, entretanto, que a produção da sociologia médica norte-americana constitui uma referência histórica importante, com contribuições pioneiras ao esforço de conceituar a humanização ou desumanização do cuidado em saúde, tendo ainda como ambição a expectativa de consolidar um modelo teórico capaz de guiar investigações. Ao contrário dos textos das décadas anteriores que enunciavam o termo 'desumanização' ou denunciavam eventos assim considerados, na década de 1970 registra-se a eleição dessas relações e práticas como um objeto de estudo sistemático da sociologia médica.

Observamos alguns trabalhos que no início dessa década já agregavam em seus modelos descritivos ou explicativos (de forma mais ou menos articulada) diversos fatores de ordem estrutural - tais como a lógica da formação profissional na área biomédica, a organização dos serviços, as estruturas de hierarquia social e da provisão de cuidados - aos fatores de ordem interacional, mencionando as relações de conflito, cooperação e subordinação entre profissionais e pacientes.

Tomamos como marco do debate o simpósio americano intitulado Humanizing Health Care (Humanizando o Cuidado em Saúde), ocorrido em São Francisco em 1972. Esse encontro contou com centenas de participantes, entre profissionais da saúde e das ciências humanas, e dele derivou a publicação com a mesma denominação (Howard & Strauss, 1975) e que reuniu históricos nomes da sociologia médica norte-americana, tais como Eliot Freidson, Anselm Strauss, Sol Levine, David Mechanic, entre outros.

Um dos esforços desse encontro e da publicação foi o de conceituar, ou pelo menos identificar, o que seria a humanização ou desumanização do cuidado em saúde e as possíveis maneiras de implementar cuidados humanizados. Nesse simpósio, ocorrido há mais de trinta anos, já se discutia com base em estudos e reflexões consolidadas nas décadas anteriores o papel de fatores estratégicos para a (des)humanização do cuidado, relacionando-os: à relação médico-paciente; à formação médica; à comunicação e acesso à informação no processo terapêutico; às relações hierárquicas e de poder na produção do cuidado e na tomada de decisões; aos fatores psicológicos e subjetivos envolvidos (Geiger, 1975; Howard, 1975; Leventhal, 1975; Howard & Tyler, 1975)

Esse debate conta com um *background* acadêmico da sociologia médica norte-americana das décadas anteriores. Nos anos 50 a análise parsoniana fundamentara a leitura funcionalista dos papéis do médico e do doente em dado sistema social, lançando luz sobre o cuidado ao enfermo a partir de expectativas da sua função social e chamando a atenção para a interiorização das formas de controle social. Nessa década também se consolidam como temática nobre da sociologia médica a formação e a carreira médica, cujos estudos iniciados antes dos anos 40 terão grande avanço desde então. Em termos de escola sociológica, serão as contribuições da tradição interacionista, que se expandem neste campo nos anos 60, que darão o verdadeiro substrato para a reflexão pioneira apresentada nos EUA sobre a humanização.

Alguns destaques são inevitáveis, tais como a investigação de Goffman (1961) que retratará os intensos processos de despersonalização ocorridos nos hospitais psiquiátricos (as 'instituições totais') e permitirá, posteriormente, indagar em que medida tais mecanismos se mostram presentes nos demais hospitais. Sua análise sobre a "carreira moral do paciente de doença mental", trazendo as reflexões sobre a construção de uma nova identidade, transitando entre os domínios pessoais e públicos, entre o *self* e a sociedade, remodelando sua imagem e seu comportamento, irá apoiar os estudos sobre a construção de novas identidades no percurso terapêutico e o papel dos agentes de saúde nessa modelagem.

Em toda a década de 1960 serão produzidos estudos sobre o comportamento do doente seja diante da doença, de seus familiares, do sistema de saúde e seus agentes, seja na busca de ajuda ou no próprio processo terapêutico (Nunes, 1999). Destacam-se ainda os estudos voltados para o 'comportamento na doença' (no original formulado por David Mechanic, o '*illness behavior*'), analisando os significados do estar doente, os sentidos atribuídos às diferentes doenças e à procura de ajuda médica. Tal perspectiva será estratégica, como dizia Mechanic, pois "nos ajuda a entender as inconsistências entre a racionalidade médica e a resposta dos indivíduos" (apud Nunes, 1999:126).

A tradição materialista e toda sua crítica ao sistema de saúde, ao seu *modus operandi* e à ação de seus agentes na reprodução do sistema capitalista e nas relações de desigualdade e subordinação impostas por este modelo, a análise sobre a forma de organização do trabalho no interior do sistema de cuidados viriam a ser agregadas posteriormente, já na segunda metade da década de 70. Portanto, sua presença e colaboração se notam apenas tangencialmente nesses textos iniciais.

Nessa coletânea de textos observamos uma mui tênue influência da perspectiva materialista crítica na análise de H. Jack Geiger, um médico e professor de medicina preventiva. Geiger (1975) irá criar um modelo explicativo sobre a desumanização no sistema médico que articula três ordens de causas: a) a ordem social, considerada por ele como desigual, racista e exploratória, cujas lógicas e critérios segregacionistas influenciariam o sistema médico; b) a racionalidade científica e tecnológica ocidental cujas tendências à fragmentação, ao hermetismo e à especialização seriam obstáculos a uma visão holista do ser humano, além de impedir o acesso à compreensão e a conseqüente participação na tomada de decisões médicas; c) a subcultura médica e a organização da profissão médica que invocam os estudos de Freidson (1970) sobre suas formas de auto-regulação e proteção contra a crítica e a supervisão externa, as barreiras de comunicação existentes na relação médico-paciente e a formação médica.

O modelo de Geiger, embora extremamente genérico, sem definir o próprio conceito de desumanização, tem o valor de prover uma visada

estrutural, conectando desde a ordem social até a das relações face a face e as relações entre médicos e pacientes. Alertaria ainda para a sinergia ou, melhor dizendo, a porosidade entre as lógicas culturais e ideologias dominantes e as práticas cotidianas nos sistemas de saúde.

O esforço de produzir modelos explicativos tem ainda o texto da socióloga Jan Howard (1975) como importante referência, por ser um dos primeiros trabalhos propostos no campo da sociologia médica nesse período para a conceituação e análise da humanização do cuidado. A autora diagnosticava na época o uso flexível e pouco rigoroso desses termos e a necessidade de uma conceituação tal que permitisse a operacionalização dessa noção em variáveis de pesquisa, tornando-a discernível das demais. Howard (1975), em ampla revisão bibliográfica de textos dos anos 60 e início dos anos 70, apresentará um modelo identificando 11 práticas produtoras de desumanização dos cuidados e oito práticas consideradas humanizadoras, já identificadas pelos pesquisadores em estudos anteriores e na literatura de narrativas de pacientes e médicos. Cada uma delas merece ser analisada ainda que brevemente, pois embora hoje tenhamos outros elementos e cenários, o seu debate continua vigoroso.

Um dos primeiros significados da desumanização apresentados seria o de "tratar pessoas como coisas" (*thinging*), indicando a persistente ação de não reconhecer o doente como pessoa e sujeito, mas como objeto da intervenção clínica. Nessa racionalidade as pessoas doentes seriam vistas como um conjunto de necessidades padronizadas, atendidas por serviços igualmente estandardizados. Fica patente que a conseqüência dessa prática é a destituição de poder da pessoa doente, além do não reconhecimento dos seus sentimentos, levando a uma ausência de reciprocidade com seus cuidadores.

A "desumanização pela tecnologia" indicaria as situações em que o cuidado seria predominantemente realizado por intermédio de máquinas e procedimentos, de tal forma que a interação entre doente e cuidador seria considerada eventual, suplementar, dispensável ou mesmo ausente.

A pesquisa clínica também poderia levar a uma forma de "desumanização pela experimentação", identificada pela sarcástica

expressão segundo a qual trata-se "*people as guinea pigs*". Essa conceituação denuncia as muitas formas antiéticas de pesquisa experimental com seres humanos.

Ver a "pessoa como problema" denota a perseverante prática em saúde de reduzir a pessoa doente à sua patologia. Observa-se que toda a formação da biomedicina é centrada-na-patologia e não centrada-no-paciente como totalidade. A análise parsoniana sobre o aprendizado médico de ignorar todo e qualquer relato que não seja considerado útil para elucidar o diagnóstico é lembrada no texto. As necessidades subjetivas e os conflitos da pessoa doente seriam, portanto, desconsiderados sistematicamente.

Outra prática desumanizadora seria a de tratar certas pessoas como "pessoas de menor valor". Trata-se das atribuições de *status* e hierarquia num dado sistema social, em que determinados indivíduos e grupos seriam vistos como "não-pessoas" ou pessoas cujo valor seria considerado inferior ao das demais. Leituras raciais/étnicas, de classes sociais, de gênero e eugênicas são determinantes, entre outros critérios classificadores que poderiam ser ativados conjunturalmente. Howard (1975) menciona o protótipo extremo das instituições de doentes mentais, invocando a reflexão de Goffman (1961) sobre a estigmatização de pacientes psiquiátricos.

O tipo seguinte é traduzido como "pessoas isoladas", e expressa a despersonalização, reclusão, solidão e não-reciprocidade entre pessoas doentes e seus cuidadores no sistema de saúde, especialmente quando envolve internações hospitalares prolongadas. O sentido que traduziria essa prática seria o de alienação, etimologicamente resgatado como 'tornar *alien*', ou seja, o paciente seria tratado como um ser externo, sem vínculos, isolado do sistema de relações cotidianas.

Tomar as "pessoas como recipientes de cuidados subpadronizados" denuncia a possibilidade de que se dispense a determinada pessoa ou grupo - seja por indiferença, discriminação ou negligência - um cuidado inferior, de menor qualidade quanto ao conhecimento ou tecnologia disponível para cuidar de determinado agravo de saúde.

Considerar "pessoas sem escolha" retrata uma contribuição da literatura ao discutir a autonomia, os graus de liberdade e suas antíteses

como questões de desumanização, tanto de pacientes quanto dos profissionais num dado modelo de assistência.

As propagadas neutralidade e objetividade biomédica, que teriam a função de prover melhor discernimento na tomada de decisões, poderiam gerar interações frias e distanciadas com os pacientes, sendo identificadas como produtoras de desumanização do cuidado, conformando o que a autora traduz como "pessoas interagindo com *icebergs*".

A desumanização poderia também ser apresentada nas situações em que se colocam "pessoas em ambientes estáticos e estéreis". Este grupo de reflexões trata das preocupações com o ambiente, sublinhando a importância de um equilíbrio entre as necessidades funcionais do trabalho médico e o bem-estar que o ambiente poderia gerar se resgatasse uma maior proximidade como o mundo real e as demandas dos pacientes (espaços de socialização e troca tais como jardins, salas de estar ou ambientes de privacidade). A decoração e outras formas de ambiência revelam-se, já nessa época, como fatores para a humanização da assistência.

A literatura consultada por Howard (1975) também se remete ao debate moral sobre a responsabilidade dos profissionais na preservação da vida, considerando uma forma de desumanização negar tal direito. Incluem-se aí as polêmicas sobre eutanásia, aborto e o desligamento de tecnologias de suporte da vida. Nesse debate alguns autores consideram, em contrapartida, antiético e desumanizador manter a vida sob certas circunstâncias.

Como se observa, o modelo de Howard (1975) para a desumanização dos cuidados em saúde, mais do que efetivamente produzir um exercício de conceituação, apresenta um amplo quadro descritivo, capaz de fornecer uma espécie de guia para identificar empiricamente situações em que a desumanização se verificaria. Tratou como fatores distintos o que posteriormente a literatura agruparia, pois diziam respeito a uma mesma ordem de fenômenos. 'Tratar as pessoas como coisas', vê-las 'como problemas' e tratá-las de forma objetiva e distanciada são conseqüências evidentes de uma racionalidade científica específica, manifesta no modo como a medicina constrói seu objeto e sua identidade como prática social,

e esta perspectiva continuaria a ter destaque no campo investigativo da sociologia e antropologia médica (Good, 1994).

As formas de valoração social, manifestas nas maneiras de tratar pessoas como se tivessem menor valor e de prover cuidados abaixo do padrão parecem faces de um mesmo processo de hierarquização e discriminação social, presente nos sistemas de saúde, evidenciando o paradoxo de um *ethos* ligado à missão de salvar e valorizar a vida humana e as formas de seleção, discriminação e exclusão numa ordem de cuidado. Esses aspectos foram exaustivamente discutidos pela literatura marxista e feminista.

Mas se tal literatura 'falha' em sua ambição teórica de conceituação, tem o mérito de mencionar questões que serão posteriormente aprofundadas como nevrálgicas na análise crítica do sistema médico e suas formas de desumanização do cuidado:

a) A negação do estatuto de pessoa e/ou processos de despersonalização. Esses temas seriam constantemente problematizados pela antropologia médica, que colocaria em relevo as diversas formas de despersonalização produzidas pelos sistemas médicos profissionais (Helman, 1984).
b) As tecnologias como substitutas (ou mediadoras) das relações. Esta questão vai constituir um persistente filão de análises, cada vez mais atual diante dos incessantes avanços tecnológicos da biomedicina. Uma vez que o conceito de tecnologia também seria ampliado e revisado, o seu efetivo papel nas relações de produção de cuidados em saúde foi constantemente atualizado.
c) Aspectos relacionados à experimentação clínica levando, devido à sua importância e abrangência, à composição do escopo de um campo disciplinar específico, a bioética.
d) As lógicas e relações de poder que são instituídas, reproduzidas e atualizadas no sistema de saúde, e por seus partícipes, nos espaços físicos e relacionais, campo que já despertava atenção de cientistas sociais de diferentes tradições desde Freidson a Foucault.

No que concerne às leituras brasileiras sobre humanização, a questão do uso de tecnologias ganha um considerável destaque. A humanização é

vista como uma proposta de articulação inseparável do bom uso de tecnologias na forma de equipamentos, procedimentos e saberes com uma proposta de escuta, diálogo, administração e potencialização de afetos, num processo de comprometimento com a felicidade humana (estes últimos recursos também vistos como uma forma de tecnologia de tipo relacional) (Ayres, 2005; Teixeira, 2005; Deslandes, 2004). Busca-se, como se vê, a superação de uma antiga dicotomia.

Autores brasileiros também têm investido, com base na leitura foucaultiana, na reflexão sobre a humanização como uma dimensão de política pública e sobre sua relação com o Estado e as possíveis formas de atualização de seu poder/discursos (Benevides & Passos, 2005a). Diferentes atores, como por exemplo as redes sociais de suporte, serão também reconhecidos como integrantes das relações de cuidados, conformando novas configurações de poder e participação.

Voltemos ao texto de Howard (1975). A sua segunda parte dedica-se à tentativa de criar uma conceituação para a humanização. Parte da premissa básica de que os seres humanos são produtores de necessidades fisiológicas e psicológicas, e o cuidado que se preocupa em provê-las pode ser entendido como humanizado. Considera que tal enquadramento teórico deve ainda incluir referências socioculturais para definir parâmetros de humanização ou desumanização, adotando-se quiçá um modelo mais relativista que humanista fundacionista, isto é, não seria possível considerar um humano universal e suas necessidades independentemente das diversas culturas em que se formam de modo distinto esses sentidos. A autora defende que o contexto de análise se refere sempre a um campo interacional de cuidados seja do tipo 1:1 (relação face a face entre paciente e cuidador), 1:n (relações entre um paciente e vários cuidadores) ou relações n:n (grupos populacionais como o alvo de ações de grupos de profissionais). Nenhum desses campos interacionais seria *per si* ou *a priori* propício à produção de cuidados mais ou menos humanizados.

Apesar de não discutir as formas de leitura ou tradução desse campo de necessidades (como seria essa 'escuta' ou os espaços da enunciação pelos pacientes) num campo relacional com significativos obstáculos e

singularidades comunicacionais, Howard (1975) inova ao considerar este norte para o conceito e as práticas de humanização. Necessidades que, como lembra a autora, não podem ser tomadas por qualquer *a priori* humanista. Esse lembrete tem sido mote de importantes debates atualmente no cenário intelectual brasileiro (Aleksandrowicz & Minayo, 2005; Puccini & Cecílio, 2004; Benevides & Passos, 2005b).

Após essas considerações, Jan Howard propõe um modelo que definirá a humanização a partir de oito condições que considera "necessárias e suficientes". Estas estariam filiadas a dimensões ideológicas, da estrutura das interações paciente-cuidador e psicológicas.

A "dimensão ideológica" é caracterizada por tomar três guias como referência da prática de cuidado: o intrínseco valor da vida humana, a insubstituibilidade de cada ser humano e as pessoas consideradas em sua integralidade (no original "*holistic selves*").

Reconhecer o "intrínseco valor da vida humana", independentemente de s*tatus* ou qualquer hierarquia, traz também ao foco do debate as questões da igualdade, eqüidade e a discussão, emergente naquela sociedade, sobre a saúde como direito e não como privilégio dos que podem pagar.

Afirmar que cada pessoa é insubstituível é reconhecer que cada um (pacientes ou colegas) possui singularidades definidoras de uma identidade única. Estar insensível a esse aspecto conduziria a tratamento rotinizado, padronizado, impessoal ou falsamente personalizado (o 'sorriso de plástico'). Howard (1975) chama a atenção para o fato de que um atendimento padronizado não é, necessariamente, sinônimo de desumanização, assim como um tratamento diferenciado também não significa um cuidado humanizado.

O caráter holístico de cada pessoa impõe indagar sobre quais aspectos de sua vida são relevantes para o cuidado em saúde e como e com que legitimidade o profissional da saúde os abordará. E questiona a fragmentação do cuidado entre distintos agentes responsáveis pelo diagnóstico e pelo tratamento, impedindo a visão mais integral da pessoa doente. Nesse bloco sobressaem-se a defesa moral do valor da vida humana, da importância de um cuidado que articule eqüidade (porque são singulares

e diferenciadas as necessidades) com integralidade. Nota-se que desde essa época o conceito de humanização estará de alguma forma associado ao de integralidade do cuidado, como bem observam alguns autores brasileiros (Benevides & Passos, 2005b; Pinheiro & Mattos, 2003; Deslandes, 2005).

Os fatores associados à "estrutura em que se dão as interações entre cuidadores e pacientes" referem-se à liberdade de ação, ao *status* de igualdade e ao compartilhamento na tomada de decisões. Na realidade, esses três aspectos parecem bastante interligados no modelo apresentado.

O primeiro aspecto está ligado ao questionamento da liberdade de ação de profissionais, que pode ser constrangida por limitação de custos, compromissos e exigências administrativas e pela pressão dos pares. Os pacientes teriam sua liberdade restringida pela própria doença, pela falta de conhecimentos e por protocolos institucionais.

A humanização do cuidado estaria, segundo a autora, baseada numa relação que pressupõe a igualdade em algum nível. As idéias de inferioridade e superioridade seriam antíteses de um cuidado humanizado. Entretanto, a literatura consultada por Howard (1975) já questionava essa possibilidade, dada a assimetria entre o conhecimento específico que o profissional (médico em especial) detém no que diz respeito ao paciente, além de caber moralmente ao médico a tomada de decisões. A argumentação apresentada tenta solucionar este impasse com a idéia de 'tratar o outro como igual', conotando um sentido de reciprocidade e empatia e de acesso à informação.

Portanto, compartilhar decisões e responsabilidades seria uma conseqüência e uma reafirmação do fato de se considerar o outro como igual, revelando a ideologia emergente na época, segundo a qual, de acordo como o seu nível educacional, o paciente teria o direito à participação e talvez a obrigação de participar dos cuidados de sua saúde. O acesso à informação sobre o diagnóstico, tratamento e suas conseqüências seria condição necessária para essa forma de humanização do cuidado.

Esse bloco trata de questões ainda hoje bastante discutidas no campo da humanização: que autonomia e legitimidade teriam os pacientes para a tomada de decisões? Seria legítimo eleger, como faz Howard (1975), os pacientes de determinado nível educacional? Numa sociedade hierarquizada,

seria real pressupor a relação entre pessoa doente e cuidador como uma relação de iguais? Qual a diferença entre considerar a capacidade do paciente em dividir decisões como referência a ser construída em cada encontro real e tomá-la, de forma equivocada, como substituto da responsabilidade médica em arbitrar tecnicamente? Estudos enfocando as relações comunicacionais, de poder e afetivas entre médico-paciente irão manter vivo esse debate (Ong, 1995; Caprara & Franco, 1999). Certamente o estatuto desse paciente mudou muito desde então. A 'passividade' e 'fragilidade' do papel de paciente cederão lugar ao reconhecimento de um paciente-consumidor, sujeito e portador de direitos, entre eles o de informação, autonomia (ainda que relativa) e arbítrio.

Finalmente, o modelo de Howard (1975) apresentará a dimensão psicológica nos fatores de humanização: a empatia e o afeto. A empatia, um dos comportamentos potencialmente humanizadores do cuidado, teria como limite a hiperidentificação do profissional com os problemas dos pacientes, demandando a criação de algumas barreiras protetivas. O afeto diz respeito ao envolvimento emocional, especialmente aos vínculos positivos entre pessoas doentes e seus cuidadores.

Esse bloco assinala outro forte filão que irá se desenvolver nos estudos sobre humanização do cuidado também no Brasil: a dimensão subjetiva, a importância dos afetos entre humanos numa relação que envolve a dramaticidade da dor e da morte. A discussão sobre o acolhimento, a importância do diálogo, da conversa se afastará do *status* de senso comum e ganhará enquadramentos teóricos da filosofia, da psicologia e psicanálise, sendo vistos como estratégicos na produção de cuidados em saúde (Teixeira, 2005; Campos, 2005 e Sandra Filgueiras no capítulo 15 deste volume). Revela-se nesse último bloco também o viés de desgaste e sofrimento do profissional da saúde, melhor explorado posteriormente pelos estudos de filiação materialista e pela psicodinâmica do trabalho.

À Guisa de Conclusão

Este capítulo buscou recapitular a importante contribuição da sociologia médica de tradição interacionista, pioneira na construção de

quadros teóricos para o debate da humanização da assistência. Contudo, certamente ele não incorpora de forma adequadamente exaustiva os autores da década de 1970 e suas contribuições, até porque elegemos alguns textos como emblemáticos desse período. Estes constituem índices de uma tradição rica e profícua nas relações e estruturas que alicerçam a produção de cuidados em saúde, da qual muito podemos nos beneficiar. Procurei chamar a atenção para as muitas vertentes de análise e sua eventual presença no debate brasileiro.

Caberia ainda um plano de investigação tal que contemplasse as atualizações dessa trajetória nas décadas subseqüentes. Os estudos sobre satisfação dos usuários que iriam ser desenvolvidos a partir dos anos 70 e constituem um elo de referência na humanização e demarcam uma importante guinada sobre o papel deste usuário, por exemplo, não foram contemplados. Necessário ainda seria investigar as contribuições ao debate sobre a humanização com base em outras tradições sociológicas, em especial a do materialismo histórico, sobretudo em suas análises da organização do trabalho em saúde. As contribuições das leituras feministas também fizeram a história da construção teórica da humanização. Expandindo as fronteiras disciplinares, vale ainda lembrar as valiosas contribuições da antropologia, ciências políticas, planejamento, psicologia, psicanálise e filosofia para este campo que hoje se constitui como inegavelmente interdisciplinar e polissêmico.

Referências Bibliográficas

ALEKSANDROWICZ, A. M. & MINAYO, M. C. S. Humanismo, liberdade e necessidade: compreensão dos hiatos cognitivos entre ciência da natureza e ética. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3):513-526, 2005.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3):549-560, 2005.

BENEVIDES, R. & PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3):561-572, 2005a.

BENEVIDES, R. & PASSOS, E. Humanização, um novo modismo? *Interface*, 9(17):389-394, 2005b.

CAMPOS, R. O. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3):573-583, 2005.

CAPRARA, A. & FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(3):647-654, 1999.

CASATE, J. C. & CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(1):105-111, 2005.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):7-14, 2004.

DESLANDES, S. F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface*, 9(17):401-403, 2005.

FREIDSON, E. *Profession of Medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press, 1970.

GEIGER, H. J. The causes of dehumanization in health care and prospects for humanization. In: HOWARD, J. & STRAUSS, A. (Eds.) *Humanizing Health Care*. New York: John Wiley & Sons, 1975.

GOFFMAN, I. *Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books, 1961.

GOOD, B. *Medicine, Racionality and Experience*. New York: Cambridge University Press, 1994.

HELMAN, C. *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

HOWARD, J. Humanization and dehumanization of health care: a conceptual view. In: HOWARD, J. & STRAUSS, A. (Eds.) *Humanizing Health Care*. New York: John Wiley & Sons, 1975.

HOWARD, J. & STRAUSS, A. (Eds.) *Humanizing Health Care*. New York: John Wiley & Sons, 1975.

HOWARD, J. & TYLER, C. C. Comments on dehumanization: caveats, delimmas, and remedies. In: HOWARD, J. & STRAUSS, A. (Eds.) *Humanizing Health Care*. New York: John Wiley & Sons, 1975.

LEVENTHAL, H. The consequences of depersonalization during illness and treatment: an information-processing model. In: HOWARD, J. & STRAUSS, A. (Eds.) *Humanizing Health Care*. New York: John Wiley & Sons, 1975.

NUNES, E. D. *Sobre a Sociologia da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.

ONG, L. M. L. et al. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 40(7):903-918, 1995.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-Uerj, Abrasco, 2003.

PUCCINI, P. T. & CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5):1.342-1.353, 2004.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3):583-597, 2005.

Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde

2

José Ricardo de C. M. Ayres

O Desafio da Humanização e os Horizontes Normativos da Atenção à Saúde

A humanização da atenção à saúde tem se mostrado um tema de grande interesse e objeto de muitos debates na saúde coletiva brasileira nos últimos anos. O presente ensaio pretende somar nesse debate, trazendo uma perspectiva reflexiva que estrutura em torno da noção de Cuidado[1] uma série de princípios teóricos e práticos julgados relevantes para iluminar alguns dos desafios conceituais e práticos postos pelo ideal da humanização.

Antes, porém, de passarmos à discussão propriamente dita do desafio da humanização, caberá uma delimitação terminológica, visando a diminuir a polissemia que tem cercado a utilização desta expressão. Felizmente há já estudos que realizaram a exploração conceitual desse termo de forma muito competente, aos quais se remete o leitor interessado em maior aprofundamento, como o trabalho de Deslandes (2004). Para as finalidades do presente ensaio, basta-nos definir a humanização da atenção à saúde como "um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum" (Ayres, 2005:550).

Há, nessa definição, elementos a serem considerados com alguma cautela. Em primeiro lugar, cabe situar seu 'horizonte normativo', isto é, a referência ética e moral que a orienta. Destaque-se, nesse sentido, a transformação desse horizonte em relação àquele que orienta nossas concepções mais comuns de atenção à saúde, deslocando-o da referência restrita à normalidade morfofuncional, própria à orientação biomédica das práticas de saúde desde a modernidade (Luz, 2004), em direção à idéia de 'felicidade', o que, sem abrir mão da referência biomédica, articula-a de um modo mais imediato a outras dimensões e necessidades relacionados aos processos de saúde e doença.

Tal deslocamento deve-se à assunção de que não será possível transformar nossas práticas de saúde se não tirarmos de uma desconfortável estabilidade acrítica os critérios biomédicos que tomamos para avaliar e validar as ações na saúde. Quando tomamos os conteúdos estritamente tecnocientíficos das práticas de saúde contemporâneas, sabemos que contamos com critérios bastante bem definidos e validados, com alto grau de objetivação e formalização sobre o que devemos fazer e como fazê-lo - quais formas, funções e riscos devemos preservar, favorecer ou controlar no manejo biomédico dos organismos. Mas entende-se aqui que esses critérios, embora relevantes, mostram-se insuficientes. O debate sobre a humanização trata, justamente, de fazer dialogar mais diretamente as preocupações das práticas de saúde desde esse seu núcleo mais instrumental até os conteúdos 'relacionais e formativos' (*Bildung*) (Gadamer, 1996) dessas práticas, sempre presentes de alguma forma, mas relativamente pouco discutidos até tempos recentes.

A humanização, nos termos da definição anteriormente elaborada, aspira a horizontes normativos capazes de escapar à restrição da conceituação de saúde ao problema tecnocientífico estrito de riscos, disfunções e dismorfias. Mas também quer fugir, de outro lado, a uma ampliação excessivamente abstrata desse horizonte, tal como vimos acontecer na clássica definição da saúde como "estado de completo bem-estar físico, mental e social" difundida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no final dos anos 70 (Declaração de Alma-Ata, 2001). Sem

desconsiderar a importância política que essa definição teve e continua a ter no cenário da saúde pública mundial, é preciso reconhecer que a concepção de saúde como um 'estado' de coisas, e 'completo', imprime uma tendência naturalizante, uma visão essencialista ao conceito de saúde (Ayres, 2005). Obstaculiza-se, com essa visão, a identificação clara e pragmática dos horizontes normativos dessas práticas, já que estes, como quaisquer horizontes, devem mover-se continuamente, conforme nos movemos nós próprios, seus sujeitos - não é um estado, portanto, mas um devir. Da mesma forma, a saúde não pode nunca ser uma condição 'completa', pois as normas socialmente associadas à saúde, ao se deslocarem os horizontes, precisarão ser reconstruídas constantemente - é necessariamente incompleta, portanto; será sempre um 'projeto' em curso.

A noção de "projeto de felicidade" (Ayres, 2001) caracteriza o ideal que temos defendido como horizonte normativo para práticas humanizadas. Ela quer remeter, em primeiro lugar, a experiências vividas, valoradas positivamente, condições ou situações que se almeja alcançar ou manter e que, entendidas como saúde, freqüentemente, independem de um 'estado de completo' bem-estar ou de perfeita normalidade morfofuncional. Ela quer ressaltar essa referência às estreitas e mútuas relações entre experiência vivida, valor e aspirações práticas - implícitas na idéia existencial de 'projeto' (Heidegger, 1995). Em segundo lugar, quer chamar a atenção para o fato de que o 'êxito técnico' que significa prevenir, reverter ou minimizar danos morfofuncionais não faz sentido real para as pessoas senão como um 'sucesso prático', isto é, um ganho ou conquista de condições ou situações valorizadas como fonte de realização, de 'felicidade' para as pessoas em seus cotidianos. O êxito técnico só se confunde, e ainda assim parcialmente, com o sucesso prático na perspectiva dos técnicos e dos gestores, mas não dos usuários e comunidades. Por isso sustentamos que a idéia de humanização reclama como horizonte normativo os projetos de felicidade de indivíduos e comunidades, para que o planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações de saúde possam fugir tanto de um tecnicismo autonomizado, que se esquece das finalidades práticas a que efetivamente devem servir as ações de saúde, como a um humanismo que se descola dos

potenciais tecnicamente abertos às respostas práticas concretamente desejadas por esses indivíduos e comunidades.

É preciso, porém, assumir a noção de "projeto de felicidade" como uma construção de caráter "contrafático" (Habermas, 1990), isto é, como uma idéia ética e moralmente norteadora, mas construída com base na percepção do valor de determinadas concepções ou práticas a partir do momento, e na exata medida, em que estas são sugeridas, porque negadas, por alguma experiência concreta, historicamente dada. Ou seja, assumimos aqui que as aspirações por felicidade são percebidas como tal justamente porque foram vividas como uma possibilidade negada e, assim sendo, mostraram-se necessárias ou desejadas. O que queremos dizer ao afirmar que a noção de projeto de felicidade deve ser sempre entendida como uma construção contrafática é que julgamos que se deve recusar qualquer tentativa de definição *a priori* de seus conteúdos. Isso é fundamental, se queremos evitar qualquer um de dois tipos igualmente indesejáveis de fundamentalismo. O primeiro deles seria o de querer determinar de modo objetivo e universal o que seja a felicidade. Num outro extremo, estaria um idealismo excessivamente abstrato, descolado das experiências vividas, que criticamos na definição da OMS. A felicidade não pode ser vista, enfim, como um bem concreto, uma entidade. Mas ela tampouco deve ser vista como pura utopia. A experiência da felicidade, ou de sua falta, é uma vivência bastante concreta. Mas ela é índice de si mesma, isto é, não se deixa medir por nada fora dela, e ao mesmo tempo está em estreita relação com tudo aquilo pelo qual buscamos dimensioná-la, que nos dá o norte sem ser o norte. A felicidade nunca deixa de fazer notar sua falta e, por sua falta, aquilo que nos falta (Gadamer, 1997a).

Na mesma linha, é preciso ter claro que, embora se aceite que a felicidade humana seja, em essência, uma experiência de caráter singular e pessoal, a referência à validação democrática de valores que possam ser publicamente aceitos como propiciadores dessa experiência é do que parece tratar-se quando se discute a humanização da atenção à saúde como uma proposta 'política' - envolvendo as instituições do Estado, mas não necessariamente restrita a elas. Nisso não nos afastamos muito daquilo

que importantes tratamentos filosóficos da felicidade mostraram ser a indissociabilidade das idéias de felicidade, racionalidade e vida em sociedade, e isso em pensadores tão diversos, em seus caminhos e conclusões, como Kant e Espinosa. No seu racionalismo da imanência, Espinosa (1632-1677) associa a felicidade a uma experiência amorosa, de pertença produtiva a Deus, ao mundo, ao humano - o que não se confunde com uma experiência mística, mas sim com a 'bem-aventurada' experiência intelectual de viver a potência criadora que se expressa num deliberado auto-refreamento das paixões (os maus afetos), decorrente da compreensão do bem comum. "A felicidade não é o prêmio da virtude, mas a própria virtude, e não gozamos dela por refrearmos as paixões, mas ao contrário, gozamos dela por podermos refrear as paixões" (Espinosa, 1991:298). O iluminista Kant (1724-1804), com base na sua razão transcendental, verá na felicidade uma conquista (moral) da razão (prática), uma recompensa por esta conquista, e não uma condição para ela qual uma qualidade imanente da razão: "a disposição moral é a condição que, antes de mais, torna possível a participação na felicidade e não ao contrário, a perspectiva da felicidade que torna possível a disposição moral" (Kant, 1994:645). De qualquer modo, em que pesem as diferenças entre o imanentismo de um e o transcendentalismo de outro, ambos situam a felicidade como um índice racionalmente inteligível de orientação prática a formas de vida que nos satisfazem de uma perspectiva simultânea e indissociavelmente pessoal e social.

Embora não pretendamos levar mais longe aqui esta reflexão filosófica sobre a felicidade, é importante apontar essas referências mútuas. O racional é, entre outras de suas potencialidades, uma forma de regulação das nossas relações intersubjetivas, da nossa vida em sociedade (Habermas, 2004). Ao mesmo tempo, é na felicidade, isto é, no sucesso prático dessa regulação, que a razão obtém a certificação última de a estar promovendo. No mesmo sentido, podemos dizer que a vida em sociedade é que oferece para nós, seres racionais, as referências objetivas pelas quais orientamos nossos projetos de felicidade.

Daí a importância de entendermos a humanização em sua inexorável politicidade e socialidade e, por conseguinte, em suas importantes

implicações institucionais. A problemática de que trata a humanização não se restringe ao plano das relações pessoais entre terapeutas e pacientes, embora chegue até ele. Não se detém em rearranjos técnicos ou gerenciais das instituições, embora dependa deles. Trata-se de um projeto existencial de caráter político, trata-se de uma proposta para a 'pólis'.

Outro aspecto ainda a ser destacado nesse território onde situamos nossa compreensão filosófica sobre o assunto é o caráter contraditoriamente central das tecnociências na busca da humanização das práticas de saúde. Isto é, se as tecnociências biomédicas vêm construindo e se orientando por um horizonte normativo restrito em relação ao que se quer entender hoje por saúde, e daí o movimento da humanização, é verdade também que são essas mesmas tecnociências que constroem a base substantiva das experiências (fatos) em relação às quais pode ser construído (contrafaticamente) o lugar da saúde nos projetos de felicidade das comunidades e indivíduos. Por isso, se não parecem fecundas as proposições que restringem o caminho para a superação dos limites atuais das práticas de saúde 'exclusivamente' ao desenvolvimento e acesso científico-tecnológico, num messianismo tecnicista insustentável, de nada servirá também migrar para seu oposto, num antitecnicismo igualmente estéril, que ignora que os criadores e mantenedores das tecnociências são os próprios humanos e que esta capacidade tecnocientífica distingue ontologicamente o humano, tanto quanto abre para ele renovadas e infinitas possibilidades de relacionar-se com seu mundo (Teixeira, 2003a).

Por isso, seja em relação às suas finalidades, seja no que se refere aos seus meios técnicos ou gerenciais, o que se entende aqui como norte e desafio central da humanização não pode ser equacionado como a necessidade de 'mais tecnociência', nem tampouco de 'menos tecnociência', mas como o interesse por um 'progressivo enriquecimento das relações entre os fundamentos, procedimentos e resultados das tecnociências da saúde e os valores associados à felicidade a cada vez reclamados pelos projetos existenciais de indivíduos e comunidades'.

Impõe-se, para isso, recorrer a formas de organização da atenção que superem a 'dureza' das ciências e suas transcrições técnicas em arranjos

tecnológicos mais capazes de integrar o poder instrumental daquelas a um sentido mais rico e interativo de definição de necessidades de saúde (Merhy, 2000). É necessário, em outros termos, que o aspecto técnico seja ativa e conseqüentemente posto em contato com o não-técnico em cada momento assistencial. É necessário que se perceba que, para além do manuseio das regularidades de relações meios-fins, próprio às ciências e às técnicas, há em toda ação de saúde, seja individual ou coletiva, um autêntico encontro entre sujeitos, no qual estarão presentes inalienáveis interesses de compreensão e simultânea construção de projetos de êxito técnico e sucesso prático. A depender do quanto se os considere e aceite no âmago das práticas de saúde, tais interesses estarão instruindo, com maior ou menor liberdade e efetividade, uma contínua e mútua reconstrução de identidades, concepções, valores e, portanto, projetos de felicidade e saúde nas (e a partir das) ações de saúde (Ayres, 2004a).

O Cuidado como Articulação entre Êxito Técnico e Sucesso Prático

Normalmente, quando se fala em cuidado de saúde, ou cuidado em saúde, atribui-se ao termo um sentido já consagrado no senso comum, qual seja, o de um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento. Contudo, não é nem no sentido de um conjunto de recursos e medidas terapêuticas, nem naquele dos procedimentos auxiliares que permitem efetivar a aplicação de uma terapêutica, que queremos nos remeter à questão. Trataremos aqui do Cuidado como um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente 'uma compreensão filosófica e uma atitude prática diante do sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se as reclama'.

Para que possamos aprofundar a reflexão sobre a noção mesma de Cuidado e, desse modo, fortalecermos nossa possibilidade de compreender e debater as implicações práticas deste constructo conceitual para as práticas de saúde, é preciso recuperar uma clássica distinção filosófica entre saberes

de natureza científica e técnica (*epistéme*; *techné*) e o tipo de sabedoria que na filosofia aristotélica se denomina *phrónesis*, qual seja, uma racionalidade voltada para a práxis. Práxis significa "melhor realização da vida (*enérgeia*) do ser vivo, a quem corresponde uma 'vida', uma forma de vida, uma vida que é levada a cabo de uma determinada maneira (*bios*)" (Gadamer, 1983:59). No caso dos seres humanos, dotados de *prohairesis*, que significa capacidade de antecipação e escolha prévia, de escolher e negociar livremente entre diferentes possibilidades de modos de vida no contexto da pólis, a práxis se refere, fundamentalmente, à ética e à política.

À busca sistemática dessa sabedoria prática, Aristóteles denominou 'filosofia prática'. Sobre esse tipo específico de saber, afirma Gadamer (1983:61):

> Certamente, a filosofia prática é também 'ciência', isto é, um saber em geral que, enquanto tal, pode ser ensinado; é porém uma ciência sujeita a condições. Exige tanto da parte do que aprende, como da parte do que ensina, a mesma indissolúvel referência à práxis. Neste sentido, se encontra perto do saber especializado da *techné*. Porém, o que a separa fundamentalmente desta é que também se coloca a questão do bem - por exemplo, sobre a melhor forma de vida ou a melhor constituição política - e não apenas, como o faz a *techné*, o domínio de uma habilidade cuja tarefa lhe está imposta por outra instância: pela finalidade que deve cumprir aquilo que se vai fabricar.

Nesse sentido, a filosofia prática "não é nem ciência teórica, ao estilo da matemática, nem conhecimento especializado, no sentido de domínio aprendido de processos de trabalho, quer dizer, '*poiésis*', mas uma ciência de um tipo particular. Ela mesma tem que surgir da práxis e se voltar novamente para a práxis" (Gadamer, 1983:60).

Entendemos aqui como Cuidado uma sabedoria prática que, em estreita relação com saberes tecnocientíficos, quer fazer das ações de saúde a busca de êxitos técnicos imediatamente entendidos como sucesso prático, isto é, como o desenvolvimento de ações instrumentais subordinadas a escolhas compartilhadas de modos de vida julgados desejáveis, adequados

e corretos. Há que se buscar, portanto, junto das finalidades técnicas das práticas de saúde, mas transcendendo sua condição de estrita produção de objetos (os produtos do trabalho em saúde), a antecipação, escolha e negociação de uma vida boa, ou seja, do melhor possível a fazer diante do projeto de felicidade que se coloca em questão naquele momento.

Mas como levar essa atitude filosófica mais geral aos planos mais específicos da organização e efetivação da atenção à saúde? Como pensar modelos de atenção à saúde à luz do deslocamento normativo implicado na noção de Cuidado? Uma hermenêutica do Cuidado, desde suas raízes ontológico-existenciais, elucidadas por Heidegger (1995) na sua obra *Ser e Tempo*, passando por outros constructos conceituais, de corte socioantropológico e histórico, poderá nos ajudar a delimitar uma compreensão do Cuidado na esfera específica da saúde.

Como se sabe, Heidegger (1995) desenvolveu a hipótese de que a atitude, a condição e a ação de "estar cuidando" são as que melhor nos permitem compreender o sentido de nossa existência como seres humanos. É o cuidar que revela, simultaneamente, o mundo em que (já sempre) se está vivendo, o mundo que (sempre a partir deste em que se está lançado e como modo de significá-lo e transformá-lo) se antecipa, se escolhe e se negocia como futuro desejado, e os sujeitos que antecipam, escolhem e negociam esse mundo que compartilham e projetam. Nesse sentido filosófico-existencial, o cuidado em Heidegger (1995) é entendido como o elemento existencial que permite a autocompreensão e a (re)construção contínua e simultânea da condição humana. Sem ter a pretensão de um exaustivo e rigoroso tratamento filosófico da questão, vamos começar por Heidegger nossa hermenêutica do Cuidado, examinando o modo como o cuidado no sentido heideggeriano elucida o que se entende aqui por Cuidado em saúde (Ayres, 2004a).

O Cuidado desde uma Ontologia Existencial

Segundo Heidegger (1995), é na condição de um cuidar-se, um "tratar de ser" - que é, de um lado, um ato individual e individualizador, mas, de outro lado, também uma relação necessária com o outro, com um mundo compartilhado que forja a identidade de todos e cada um - que se torna possível compreender a existência humana.

Em *Ser e Tempo*, Heidegger (1995) se vale de uma antiga fábula de Higino para argumentar acerca da situação simultaneamente contingente e transcendente da condição humana. O *Dasein*, ou "ser-aí", construção com a qual caracteriza a existência humana, é um "estar lançado" num mundo que, por sua vez, só é percebido como tal na (e por meio da) atividade "projetiva" dos humanos (*ek-stase*, isto é, a tripartição temporal da consciência do ser em presente, passado e futuro), efetivada e possibilitada no e pelo ato de atribuir significado às experiências pretéritas, a partir de uma vivência atual, entendida como o devir de um projeto de futuro em curso. Nessa dialética de presente, passado e futuro, o humano surge como criador e criatura da existência, numa atividade sempre em curso, estruturada como linguagem e tendo como 'artífice' o cuidado (*Sorge*). Em sua incessante atividade, o cuidado molda, a partir do mundo e para esse mundo, as diversas formas particulares da existência (Heidegger, 1995).

Nada melhor, então, para nos reportarmos à complexa construção heideggeriana, do que recorrermos, também nós, ao poder expressivo da alegoria de Higino:

> Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. O Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a terra (*tellus*)

> querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente eqüitativa: 'Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como porém foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver'.[2] (Heidegger, 1995:263-264)

Há diversas e riquíssimas aproximações hermenêuticas a essa alegoria, tal como feito por Heidegger e por seus inúmeros comentadores e prosseguidores. Não é nossa intenção inventariar todas elas, mas será importante destacar alguns aspectos relevantes para a discussão que faremos acerca do Cuidado no âmbito específico da saúde (Ayres, 2004a):

Movimento - Um dos primeiros elementos que vemos presente na alegoria é o movimento. O cuidado move-se no leito do rio e é movendo-se que percebe a argila. Ele não vai em busca da argila, nem a argila chega até ele. O interesse e a possibilidade de moldar uma forma humana devém do 'encontro' com a argila 'no movimento' mesmo de atravessar o rio. Este elemento da alegoria aponta para aspecto fundamental na construção de nossas identidades de seres viventes, que é o caráter 'pragmático' da nossa construção de identidades. Ou seja, nossas identidades não são construções *a priori*, inscritas como um destino inexorável para nossas biografias no momento em que nascemos. Essa identidade vai sendo construída no e pelo ato de viver, de pôr-se em movimento pelo mundo.

Interação - A alegoria é permeada de interações. São as interações que constroem a sua trama. Interação do cuidado com a argila, transformando-a em criatura; do cuidado e sua criatura com Júpiter, o que transforma a criatura num ser vivente e, no mesmo ato, faz de cuidado e Júpiter contendores; interação da terra com os três, aumentando a contenda e tornando mais complexa a nomeação do ser vivente; finalmente Saturno, o senhor do tempo, interagindo com todos e determinando o lugar de cada um.

Identidade e alteridade - Um aspecto muito relevante das diferentes interações é que as identidades existenciais são estabelecidas no ato mesmo

das interações. O cuidado se faz artesão em presença da argila e a argila só tem sua plasticidade atualizada por força do cuidado. Do encontro do artesão com a argila surge a criatura que, sendo produto da existência do artesão e da argila, não é mais nem um nem outro. Quando a criatura-forma ganha existência, coloca-se o problema da falta do espírito, que acaba por resolver-se com Júpiter, que se faz origem do espírito vivente, fazendo da criatura um ser vivente e da terra a origem do corpo de um ser vivente. A identidade de cada um se faz sempre, portanto, na presença de seu outro. A alteridade de cada um se define sempre pela construção de uma identidade, e vice-versa.

Plasticidade - Na base de todo o movimento e de todas as identidades e alteridades por ele criadas, encontramos na alegoria a plasticidade da argila. Não fosse plástica a matéria de nossa existência, não fosse sujeita à transformação, à moldagem, não haveria a existência. Não haveria, porque não se teria concebido e criado o ser vivente, mas também porque não haveria a possibilidade de sua dissolução, de sua finitude e, portanto, não haveria a necessidade de ser cuidado. O cuidado tem a 'posse' do ser vivente porquanto e enquanto o mantenha vivo, porquanto e enquanto sustente sua existência contra a dissolução.

Projeto - Toda a plasticidade da argila, por sua vez, não poderia ter posto a trama da alegoria em movimento, ter realizado seu papel de efetivar interações e identidades, se não fosse o potencial criador, a capacidade de conceber e construir projetos própria ao cuidado. É porque antevê na plasticidade experimentada na argila a possibilidade de lhe dar a forma humana, e porque interage com a argila na medida capaz de conferir à sua plasticidade a forma antevista, que o cuidado gera o ser vivente. Daí Heidegger (1995) sustentar que o Ser do humano é cuidado. É projetar e, ao mesmo tempo, ser o 'curador' do projeto.

Desejo - Não se pode perder de vista, ainda, um outro elemento fundamental na tessitura da trama da alegoria, que é o fato de que nenhum dos personagens age de forma completamente determinada. Cuidado 'cogita' dar forma à argila que encontra, e cria uma forma. 'Refletindo' sobre sua criação 'resolve' dar-lhe espírito. Júpiter é 'convidado' a soprar o espírito.

A Júpiter 'agrada' essa idéia, e o faz. Cuidado 'quis' nomear a criatura, Júpiter 'proibiu' e 'exigiu' dar o seu nome, a mesma coisa 'quis' a terra. Ou seja, é do encontro desejante com as circunstâncias que se origina o ser vivente. É de um imponderável cogitar que surge o projeto, e é da realização do projeto que nasce a resolução de soprar o espírito. Por fim, a intenção de nomear a existência, de tomá-la para si, emerge como pura expressão de um livre e imponderável desejo de manifestação, de presença. Desejo de presença que a alegoria mostra fluir das dimensões corpóreas e espirituais de nossa existência, tanto quanto de nossa aspiração de dar um sentido existencial a ambas, gerando mútuos convites, resistências e conflitos entre o eu e o outro.

Temporalidade - É Saturno, senhor do tempo, que arbitra tais aspirações materiais e espirituais, confiando à habilidade artesã de um projeto de vida a tarefa de gerir a presença de cada uma no devir da existência. O Ser é (do) cuidado, mas será (do) cuidado apenas enquanto seguir sendo. É sempre na perspectiva do fluxo do tempo, do devir da existência, que faz sentido falar de cuidado, ao mesmo tempo que o cuidado é, em si mesmo, condição de possibilidade dessa tripartição temporal e deveniente da existência.

Não-causalidade - Que estranho personagem, então, é o cuidado! Ele não é o Ser, mas sem ele não há Ser; ele não é a matéria nem o espírito, mas sem ele a matéria não está para o espírito nem o espírito para a matéria; ele é uma dádiva do tempo, mas é ele que fornece ao tempo o conteúdo de seu devir. Essas delicadas dialéticas emergem da alegoria do cuidado como uma indicação de que não podemos explicar a existência nos termos de causa e efeito com que aprendemos a nos apropriar racionalmente de certas dimensões dessa existência. Não é possível produzirmos uma externalidade tal que nos permita estabelecer qualquer um dos personagens da alegoria como condição necessária e suficiente para a existência do outro, como não é possível sequer pensar a identidade de qualquer um deles sem a presença de seu outro. Também não é possível pensar o que antecede e o que sucede, já que a temporalidade só se manifesta como tal a partir da coexistência de todos. Assim, o cuidado exige ser

pensado como "compossibilidade", só podendo ser compreendido como um "círculo hermenêutico" (Gadamer, 1996), no qual cada parte só ganha sentido numa totalidade e a totalidade tem seu sentido imediata e radicalmente dependente de cada uma de suas partes.

Responsabilidade - Mas esse 'sem começo nem fim', que caracteriza o círculo hermenêutico, não levaria a um total relativismo? Esse relativismo não é conflitante com a idéia de uma ontologia, isto é, não seríamos nós conduzidos por essa visão circular até um completo indeterminismo e agnosticismo acerca do Ser? E se é assim, como encontrar numa alegoria - uma narrativa, composta de uma trama, com começo, meio e fim - recurso tão feliz para a compreensão da existência? No âmbito da filosofia, esse aparente paradoxo de Heidegger significa, na verdade, talvez o mais relevante giro paradigmático contemporâneo - a ponto de Stein (2002) afirmar que o século XIX filosófico só termina em 1927, com a publicação de *Ser e Tempo*. A grande novidade desse giro foi a superação da dicotomia entre transcendência e imanência, entre fundacionalismo e relativismo, entre sujeito e objeto. Heidegger mostra com *Ser e Tempo* que a relação, já dada e inseparável, de homem e mundo torna coincidentes a indagação acerca da existência (ontologia) e do conhecimento (epistemologia). O conhecimento do mundo é já um modo de ser no mundo, e não um distanciamento do mundo. A transcendência é, portanto, um plano de imanência, desde o qual o humano se constrói conhecendo(-se). É, portanto, sem sentido a busca *ad infinitum* do fundamento último do conhecimento do Ser, já que é na circularidade hermenêutica que mais fecundamente o Ser pode vir a conhecer-se. E Heidegger (1995) propõe o cuidado como a categoria que mais expressivamente consegue nos colocar em sintonia com esse plano de imanência, sem começo nem fim, no qual o ser do humano resulta de sua ocupação de si como resultado de si. Ora, nesse sentido a existência tem, sim, um sentido, embora não como trajeto linear; tem uma causação, mas não no sentido causalista de uma cadeia na qual um antecedente determina um sucesso, que é um evento distinto do seu antecedente. Podemos entender tanto o sentido como a causação na ontologia existencial como o 'tomar-se para si' do *Dasein*, que não é outra

coisa além do sentido mais radical da idéia de 'responsabilizar-se'. A responsabilidade tem aqui o duplo e, de novo, inseparável sentido de 'responder por si e responder para si' (Grondin, 1999). Cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se; um projetar 'porque' se responsabiliza. E não é por outra razão que Saturno concede ao cuidado a posse da sua criatura 'porquanto e enquanto se responsabilizar' por sua existência.

Apesar do excessivo grau de abstração desse plano de conceituação ontológico-existencial do cuidado, toda a discussão que se pretende fazer adiante acerca do Cuidado em saúde assenta-se sobre essas bases. O que se quer propor resulta intrinsecamente da aceitação ao convite à ontologia existencial, da afinação com o giro paradigmático aí efetuado.

O Cuidado e a Crítica da Atenção à Saúde

Conforme nos demonstrou Foucault (1984), a medicina nas sociedades capitalistas tornou-se uma medicina social, isto é, sob o capitalismo estendeu-se a esfera de cognição e intervenção normativa dos saberes e fazeres da saúde do plano da individualidade e da natureza - até onde esteve restrita antes da modernidade - ao campo das relações sociais propriamente entendidas como tal. Esse processo não afetou, contudo, a esfera da individualidade orgânica como plano privilegiado da intervenção médica. Com efeito, Foucault mesmo nos mostra que é sobre o corpo dos indivíduos que as tecnologias do social são aplicadas, disciplinando-os, regulando-os e potencializando-os como força produtiva. Quando pensamos especificamente nas tecnologias mais imediatamente aplicadas aos coletivos humanos, organizados em torno da higiene, vemos o mesmo se repetir. Ainda que tenham experimentado um momento mais caracteristicamente coletivo, público e politicamente consensual de conhecimento e intervenção normativa na saúde, a higiene pública e a higiene social cederam rapidamente lugar, já a partir da segunda metade do século XIX, a uma higiene apoiada na tradução cientificista e individualmente centrada das tecnologias de cuidado em saúde (Ayres, 2002a). Ao longo do século XX a racionalidade que orientou o horizonte normativo da saúde pública passou

mais e mais a buscar uma racionalidade estritamente científica e as suas correspondentes estratégias reguladoras orientaram-se também progressivamente para uma gestão individual dos 'riscos' à integridade e ao desempenho funcional do corpo (Ayres, 2002b).

Foge aos objetivos deste ensaio, no entanto, uma maior fundamentação dessa tese da persistência do caráter individual-universalista do cuidado em saúde. O que nos importa aqui é reter tal tese como o pano de fundo de recentes problematizações desse cuidado no âmbito de suas configurações técnicas e institucionais, em meio às quais se inserem as nossas próprias. Tais problematizações consistem de um variado conjunto de reflexões críticas sobre as tecnologias da saúde que, de diferentes perspectivas, tratam da organização de ações e serviços, da formulação de políticas, das relações médico-paciente, das relações serviços-população, das relações entre os diversos profissionais nas equipes de saúde, entre outros aspectos (Schraiber, Nemes & Mendes-Gonçalves, 2000; Pinheiro & Mattos, 2003; Czeresnia & Freitas, 2003). Entre essas diversas possibilidades de aproximação crítica, vamos nos deter especificamente nas 'tecnologias de assistência à saúde', aspecto que de certa maneira atravessa todos os outros, mas que, sem dúvida, diz respeito mais imediatamente ao encontro terapêutico propriamente dito.

As recentes transformações da medicina contemporânea rumo à progressiva cientificidade e sofisticação tecnológica apresentam efeitos positivos e negativos, já relativamente bem conhecidos. De um lado, identificam-se como importantes avanços a aceleração e ampliação do poder de diagnose, a precocidade progressivamente maior da intervenção terapêutica, o aumento da eficácia, eficiência, precisão e segurança de muitas dessas intervenções, a melhora do prognóstico e da qualidade de vida dos pacientes em uma série de agravos. Como contrapartida, a autonomização e tirania dos exames complementares, a excessiva segmentação do paciente em órgãos e funções, o intervencionismo exagerado, o encarecimento dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento e a iatrogenia transformam-se em evidentes limites. Acompanhando a observação desses

limites, passou a ser comum a referência a uma crise da medicina, crise que, no campo em que situamos esta reflexão, identifica-se fundamentalmente como o que Schraiber (1997a) caracterizou como uma "crise de confiança", referindo-se ao fato de que o paroxístico progresso tecnológico da medicina acarretou profunda insegurança quanto à adequação técnica e correção moral do que está sendo feito nas práticas terapêuticas, por todas as razões aqui listadas. Assim, destaca-se, entre outros problemas, a progressiva incapacidade das ações de assistência à saúde de se provarem racionais, de se mostrarem sensíveis às necessidades das pessoas e se tornarem cientes de seus próprios limites.

Uma resposta freqüente ao problema, apoiada na tradicional visão da assistência à saúde como misto de ciência e arte, é a de que o problema estaria num suposto esquecimento da dimensão arte. Haveria muita tecnologia científica e pouca arte na medicina contemporânea - muita tecnociência porque pouca arte, ou pouca arte porque muita tecnociência.

Embora se aproxime de aspectos fulcrais do problema, essa forma de colocar a questão não parece satisfatória. Isso porque, em nossos dias, falar da arte ou falar da tecnociência da medicina, ou da saúde de modo geral, é quase a mesma coisa. Não há, no âmbito da herança cultural em que nos movemos, arte sem tecnociência nas ações de assistência à saúde. A tecnociência incorpora a arte, molda essa arte, expressa essa arte. A arte, por sua vez, reclama a tecnociência, alimenta-se dela, transfigura-se nela. Quando um profissional da saúde introduz entre seus procedimentos propedêuticos as evidências produzidas por uma Medicina Baseada em Evidências, ele está sacrificando a arte à tecnociência ou está produzindo arte médica como tecnociência? Quando as ciências e tecnologias médicas tornam-se mais e mais diversificadas e especializadas, estão elas procurando uma condição de pureza e autonomia científicas ou estão respondendo à diversificação de juízos requeridos para a tomada de decisões na assistência? Pensamos poder assumir como verdadeira a segunda posição em ambos os casos. Não parece, por isso, interessante polarizar 'arte x ciência'. Devemos, isto sim, problematizar de forma indissociável o par 'arte-tecnociência'. Ou seja, o que devemos examinar é o significado desse lugar destacado e

determinante que a tecnociência passou a ocupar na arte da assistência. O que é essa arte tecnocientífica? O que são essas ciências completamente dependentes da arte de assistir à saúde? Por que a tecnociência da assistência à saúde tem sido acusada de irracional, desumana, onipotente?

Temos uma proposição hipotética a respeito dessa última indagação, que pode ser formulada como a afirmação de que a atual crise de legitimidade das formas de organização do cuidado em saúde, isto é, a falta de confiança nos seus alcances técnicos e éticos, decorre do 'progressivo afastamento da arte tecnocientífica da medicina em relação aos projetos existenciais que lhe cobram participação e lhe conferem sentido'. Dito de outra forma, é como se a terapêutica estivesse perdendo o elo entre seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticas que os originam e justificam. Narcísica, a tecnociência encantou-se consigo mesma. Não cessa de se olhar no espelho, espelho que se desdobra *ad infinitum*, mostrando sempre mais à arte como ela pode ser poderosa com a ciência e mostrando à ciência como são ilimitados seus potenciais artísticos. O conflito entre esses dois pólos não passa, portanto, de um artifício de imagem: o que parece uma negação de um ao outro não é mais que a busca do melhor ângulo para o mesmo reflexo. Uma mesma imagem busca incessantemente a si mesma, como dois espelhos antepostos. Arte e ciência oferecem uma à outra um enorme poder e, nesse encantamento mútuo, deixaram muitas vezes de se perguntar: 'poder de quem, poder por quê, poder para quê?'.

Conforme nos mostrou Heidegger (1995), o querer, o julgar, o conhecer e o fazer são diferentes expressões de um mesmo "ser-aí". A compreensão sobre quem tem poder de fazer o que e por que é, portanto, fundamental para as relações entre as tecnociências da saúde e a vida da qual estas tecnociências fazem parte. Ao tornar-se quase impermeável a questões acerca do que seja, afinal, a saúde que persegue; ao limitar a um mínimo o lugar dos desejos e da busca de felicidade como critérios válidos para avaliar o sentido das práticas; ao não se preocupar suficientemente com a natureza e os mecanismos da construção dos consensos intersubjetivos que orientam seus saberes (a práxis científica) e suas práticas (a práxis do

cuidado), a atenção à saúde começa a se tornar problemática, inclusive para seus próprios criadores, enfrentando crises econômicas, crises políticas, mas, especialmente, as já citadas crises de legitimidade.

Quando pensamos na assistência à saúde, vem-nos de imediato à mente a aplicação de tecnologias para o bem-estar físico e mental das pessoas. Em geral a formulação é simples: a ciência produz o conhecimento sobre as doenças, a tecnologia transforma esse conhecimento em saberes e instrumentos para a intervenção, os profissionais da saúde aplicam esses saberes e instrumentos, e produz-se a saúde. Precisamos considerar que a direção inversa também é verdadeira: que o modo como aplicamos e construímos tecnologias e conhecimentos científicos determina limites para o que podemos enxergar como necessidades de intervenção em saúde. Precisamos ter claro também que nem tudo que é importante para o bem-estar pode ser imediatamente traduzido e operado como conhecimento técnico. E por fim, mas fundamental, precisamos estar atentos para o fato de que nunca, quando assistimos à saúde de outras pessoas, mesmo estando na condição de profissionais, nossa presença na frente do outro se resume ao papel de simples aplicador de conhecimentos. Somos sempre alguém que, percebamos ou não, está respondendo a perguntas que nos são dirigidas, do tipo: 'O que é bom pra mim?', 'Como devo ser?', 'Como pode ser a vida?' (Mendes-Gonçalves, 1994; Schraiber, 1997b).

Ora, se tecnologia não é apenas aplicação de ciência, não é simplesmente um modo de fazer, mas é também uma decisão sobre quais coisas podem e devem ser feitas, então nós temos que pensar que nós, profissionais da saúde, estamos construindo mediações, estamos escolhendo dentro de certas possibilidades o que devem querer, ser e fazer aqueles a quem assistimos - e nós próprios. Por outro lado, se assumimos também que as respostas necessárias para alcançar a saúde não se restringem aos tipos de pergunta que podem ser formulados na linguagem da ciência, então a ação em saúde não pode se restringir à aplicação de tecnologias. Nossa intervenção técnica tem que se articular com outros aspectos não tecnológicos. Não podemos limitar a arte de cuidar da saúde apenas à criação e manipulação de 'objetos'.

Na qualidade de portador de uma demanda de saúde, qualquer indivíduo ou comunidade é, de fato, potencial 'objeto de conhecimento e intervenção'. É isso que se espera das ciências e dos serviços de saúde. Contudo, ninguém pode subtrair a esse mesmo indivíduo ou comunidade a palavra última sobre suas necessidades. Encontrando suas ressonâncias profundas nas suas dimensões ontológico-existenciais, é preciso que o Cuidado em saúde considere e participe da construção de projetos humanos. Como vimos, para cuidar há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma de vida que quer se opor à dissolução, que quer garantir e fazer valer sua presença no mundo. Então, 'é forçoso, quando cuidamos, saber qual é o projeto de felicidade, isto é, que concepção de vida bem-sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência'. Como aparecem ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade de quem quer ser cuidado? Que papel desempenhamos nós, os que queremos ser cuidadores, nas possibilidades de conceber essa felicidade, em termos de saúde? Que lugar podemos ocupar na construção desses projetos de felicidade de cuja concepção participamos?

O Cuidado e as Perspectivas de Humanização das Práticas de Saúde

Ao buscarmos responder a tais questões, passamos de uma perspectiva crítica, desconstrutiva, da noção de Cuidado a uma perspectiva reconstrutiva. Ao atribuirmos ao Cuidado o estatuto de uma categoria reconstrutiva, queremos nos referir à aposta, fundamentada na trajetória reflexiva aqui realizada, de que existe uma potencialidade reconciliadora entre êxito técnico e sucesso prático no cotidiano da atenção à saúde, ou seja, a possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre as tecnociências da saúde e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz (Ayres, 2004b).

O momento assistencial pode (e deve) fugir de uma objetivação 'dessubjetivadora', quer dizer, de uma interação tão obcecada pelo 'objeto

de intervenção' que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam. Com efeito, a interação terapêutica apóia-se na tecnologia, mas não se limita a ela. Estabelece-se a partir e em torno dos objetos que ela constrói, mas precisa enxergar seus interstícios. Como já dissemos, o Cuidado quer pôr em cena um tipo de saber que se distingue da universalidade da técnica e da ciência, como também se diferencia do livre exercício de subjetividade criadora de um produtor de artefatos. Ou seja, não é a *theoría* nem a *poiésis* o espaço privilegiado do Cuidado, mas aquele que os amalgama nas interações terapêuticas, a práxis, ou atividade prática. O saber que se realiza aqui (se deixarmos) é um tipo de saber que não cria apenas objetos, mas constitui sujeitos e objetos no e para seu mundo (Gadamer, 1996).

Ao considerarmos verdadeiramente esse outro saber no momento assistencial, assumimos que a saúde e a doença não são apenas objeto, mas, na condição mesma de objeto, configuram modos de 'ser-no-mundo'. Utilizar ou não certas tecnologias, desenvolver ou não novas tecnologias, quais tecnologias combinar, quais tecnologias transformar, todas essas escolhas resultam de juízos práticos.

Revalorizar a dignidade dessa sabedoria prática é uma tarefa e um compromisso fundamental quando se quer cuidar. Mas isso nem sempre é fácil, porque é freqüente tomarmos o reconhecimento e a valorização desses saberes não-técnicos como obscurantismo, atraso. Isso nos parece um lamentável equívoco. Podemos não concordar com uma dada crença de um paciente, por exemplo, e, conversando com ele, seguirmos convictos de que essa crença não o beneficia, e até vir a convencê-lo disso. Mas, independentemente de o convencermos ou sermos convencidos por ele, se simplesmente desconsiderarmos um saber não-técnico implicado na questão de saúde com que estamos lidando, então não estaremos deixando a pessoa assistida participar de fato da ação em curso. Ela não estará sendo sujeito. É fundamentalmente aí que está a importância do cuidar nas práticas de saúde: o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde. Mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com

um cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente.

Esse encontro terapêutico de outra qualidade, mais 'humanizado', certamente apresenta características técnicas diversas. Assim que se assenta em novas bases a atenção à saúde, novas mediações técnicas são reclamadas, de modo a garantir (tecnicamente) que se possa alcançar e repetir sucessos práticos que a justificam. Fica claro, portanto, que êxito técnico e sucesso prático são mutuamente referentes (Ayres, 2001). O que é preciso perceber, então, é que o importante para a humanização é justamente 'a permeabilidade do técnico ao não técnico', a mútua fecundação entre essas dimensões interligadas é que torna possível caminhar para um plano de maior autenticidade e efetividade nas ações de saúde. Por isso defende-se aqui que humanizar, além das suas implicações para a formulação das políticas de saúde, para a gestão dos serviços, para a formação e supervisão técnica e ética dos profissionais, significa também transformar as ações assistenciais propriamente ditas. A estrutura própria do fazer em saúde também se reconstrói quando o norte é a humanização. Vamos sintetizar, a seguir, três aspectos práticos nos quais os princípios hermenêuticos aqui arrolados manifestam-se como exigências de transformação das ações de saúde na direção da humanização (Ayres, 2004b).

Abrir Espaço para o Diálogo

Não parece difícil aceitar que talvez a mais básica condição de possibilidade da inflexão de ações de saúde na direção do cuidar é o privilegiamento da 'dimensão dialógica' do encontro entre usuários e profissionais. Isto é, a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro, rompendo o monólogo próprio à discursividade tecnocientífica. Poder ouvir e fazer-se ouvir, pólos indissociáveis de qualquer legítimo diálogo, é o elemento que faz efetivamente surgir na cena do Cuidado não um sujeito

(profissional da saúde) e seu objeto (usuário ou comunidade), mas dois sujeitos e um objeto mediador (riscos, dismorfias, disfunções, sofrimentos etc.).

A essa capacidade de escuta e diálogo tem sido relacionado um dispositivo tecnológico de destacada relevância nas propostas de humanização da saúde: o 'acolhimento'. Como mostram diversos autores (Silva Jr., Merhy & Carvalho, 2003; Teixeira, 2003b), o acolhimento é recurso fundamental para que o outro do cuidador surja positivamente no espaço da atenção a indivíduos e comunidades, tornando suas demandas efetivas como o norte das intervenções propostas, nos seus meios e finalidades. Esses autores também destacam que o acolhimento não pode ser confundido com recepção, ou mesmo com pronto-atendimento, como se chega a considerá-lo em situação descrita por Teixeira (2003b). É no contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, que se dá o acolhimento, o qual deve ter entre suas qualidades essa capacidade de escuta.

O acolhimento não equivale a uma preocupação ativa com a escuta somente, mas especialmente com o tipo de escuta que se oferece, a qualidade da escuta. E não qualidade no sentido de boa ou ruim, mas da natureza mesma da escuta, daquilo que se quer escutar.

É aqui que faz toda a diferença atentar-se para o horizonte normativo que orienta a interação terapêutica, pois é de acordo com ele que se irá modular o tipo de escuta procurada. Quando o horizonte normativo é a morfofuncionalidade, a escuta será mesmo orientada para a obtenção de subsídios objetivos para monitorá-la e, assim, aspectos ligados à situação existencial dos sujeitos a que se destina a atenção à saúde serão considerados apenas elementos subsidiários desse monitoramento, quando não ruídos. Quando, no entanto, se amplia o horizonte normativo para uma dimensão existencial, a escuta que se estabelece passa a ser inteiramente outra. Em uma consulta, por exemplo, em uma escuta atenta, mas orientada em sentido puramente instrumental, podem surgir elementos do paciente traduzidos como não compreensão de uma orientação preventiva, não adesão a um tratamento, descuido com a própria saúde. Na escuta do

mesmo paciente em uma abordagem que não tenha o êxito técnico como horizonte estrito do diálogo, os mesmos elementos podem aparecer como conflito de valores na adoção de uma orientação recomendada, obstáculos práticos à observância da prescrição de medicamentos, desinteresse no convite ao autocuidado oferecido pelo profissional, ou simplesmente desencontro entre o que se está procurando naquele espaço de atenção e o que está sendo oferecido. Em outras palavras, quando se trata de buscar o sucesso prático de uma ação de saúde, não nos basta ouvir os beneficários, por mais atenta e paciente que seja essa escuta, se o objetivo for apenas contornar o 'ruído' que pode interferir nos processos de diagnóstico de situação e execução de uma intervenção. Qualquer resposta a esse tipo de escuta girará sempre em torno do mesmo eixo, otimizando, na melhor das hipóteses, o monólogo técnico. Quando se admite reconstruir esse eixo, abrindo-se de fato a um diálogo, no qual a fala do outro não é qualificada a partir de uma mesma referência, mas introduz novas referências que redimensionam o que é preciso fazer, então novos objetos podem surgir, ou novos aspectos do mesmo objeto, pela presença do outro sujeito.

Assumir e Compartilhar Responsabilidades

Mas não é apenas a criação de dispositivos para essa escuta na organização da atenção, descrita como acolhimento, que é relevante para a efetivação do Cuidado e do seu sucesso prático. Há que se atentar para o relevante significado da 'decisão' de escutar.

Diante de quaisquer circunstâncias, tomar uma decisão é, como sugere a ontologia existencial heideggeriana, agir "em-função-de" (Heidegger, 1995), é tender a uma posição amplamente determinada por uma situação que precede o momento da decisão, mas que se reestrutura para e pelo sujeito da decisão a partir do momento em que, junto ao outro, este sujeito atualiza seu projeto existencial na decisão tomada. Decidir é deliberar, tanto quanto determinar (Ferreira, 1986), ao mesmo tempo que remete a cortar - do latim *caedere* (Cunha, 1982) Há, portanto, já presente na decisão aquilo que esta possibilita acontecer, mas que se reestrutura em nova

totalidade existencial quando se rompe com algo, quando se corta e abandona algo em favor de outro poder-ser. Esse tomar para si o próprio ser, 'abandonando-se' a uma possibilidade suscitada por e diante de um outro, remete a um aspecto que assume lugar destacado no Cuidado, como atividade da saúde: responsabilidade.

O que permite compreender uma decisão de dialogar com o outro é a responsabilidade que assumem, um diante do outro, os participantes de um diálogo, no sentido de responder moralmente por algo. É o assumir radical das responsabilidades de um cuidador que lhe permite ir além do estar fazendo 'corretamente' a (conhecida e segura) parte técnica do trabalho. É também porque se responsabiliza por uma relação de Cuidado que um usuário ou uma comunidade se propõem a investir energias na reconstrução de uma velha (e segura) relação. Essa ativa vinculação moral resulta em tornar-se, cada um, o garante de efeitos voluntários e involuntários de suas ações. Esse movimento será mais facilitado quanto mais se confie em que o outro fará o mesmo, mas, no seu sentido mais forte, a responsabilidade prescinde dessa garantia: 'responsabilizar-se implica tornar-se caução de suas próprias ações'.

A responsabilidade assume relevância para o Cuidado em saúde em diversos níveis, já desde aquele de construção de vínculos serviço-usuário, de garantia do controle social das políticas públicas e da gestão dos serviços, até o plano da interação profissional-paciente. É preciso que cada profissional da saúde, ou equipe de saúde, gestor ou formulador de política se interrogue acerca de por que, como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são conhecedores e partícipes desses compromissos.

Reconstruir Identidades

O tomar para si determinadas responsabilidades na relação com o outro implica, por sua vez, questões de identidade. Essa conclusão é relativamente intuitiva, pois se perguntar acerca de por que, como e quanto

se é responsável por algo é como se perguntar quem se é, que lugar se ocupa diante do outro. Essa reconstrução contínua de identidades no e pelo Cuidado, tanto do ponto de vista existencial como do ponto de vista das práticas de saúde, é outro aspecto a que se deve estar atento quando se trata de humanizar a atenção à saúde.

A construção de identidades é um tema difícil e complexo, que não cabe aqui tratar em profundidade. Não obstante, também é impossível refletir sobre a questão do Cuidado e da humanização sem passar por esse aspecto, pois no momento em que se age 'em-função-de' algo, tornando-se, portanto, caução para esse algo, está-se imediatamente dizendo quem se é ou se busca ser. Voltando mais atrás no desenvolvimento da reflexão, a busca ativa de projetos de felicidade daqueles de quem se cuida traz para o espaço do encontro terapêutico um processo de (re)construção identitária que implica mutuamente profissionais e usuários.

Embora, insiste-se, não seja propósito aqui teorizar sobre processos de construção identitária, é necessário ressaltar que uma afirmação como a que se fez anteriormente só é possível quando se toma como fundamento a "ipseidade" ou "identidade-ipse" (Ricoeur, 1991), isto é, a compreensão da identidade como um processo de contínua reconstrução reflexiva, talhada pelo encontro com a alteridade. Tal concepção contrapõe-se à visão mais tradicional, que Ricoeur chama de identidade-idem, que designa mesmidade, aquilo que é idêntico a si e imutável através do tempo. Em outros termos, comunga-se a compreensão de que o ser mais próprio de cada um não é sempre o mesmo, mas 'pelo mesmo'. É no cotidiano das interações que cada um vai se 're-apropriando' do seu próprio ser, que, como nos mostrou Heidegger (1995), é sempre já "ser com". Nos encontros que se vai estabelecendo ao longo da vida, essas referências identitárias vão se transformando, reconstruindo continuamente a percepção de si e do outro.

São muitas as implicações desses processos para o repensar e reconstruir das práticas de saúde (Ayres, 2001), já desde o fato de que não é possível encararmos qualquer relação terapêutica como algo que está começando exatamente ali no momento do primeiro encontro. O profissional que surge diante de um usuário ou de uma comunidade é já

carregado dos significados, de uma alteridade determinada, em estreita relação com o modo como estes se identificam como paciente ou 'população-alvo'. Da mesma forma que os profissionais também se compreendem como tal na presença desse outro que ele espera encontrar. Portanto, quando se estabelece uma interação na atenção à saúde não se a inicia; rigorosamente, se a 'retoma'. Ora, é fundamental ter isso em vista quando se busca fazer dessa interação um diálogo, no sentido mais pleno do termo, pois quanto mais se busca expandir a intervenção para além do terreno da pura tecnicalidade, quanto mais se busca a flexibilização e permeabilização dos horizontes normativos das práticas de saúde, de maior significado e interesse se revestirá a desconstrução das identidades-alteridades que já medeiam e subsidiam os encontros.

Esse processo, claro, não é simples. Quando se trata de identificar potencialidades tecnológicas inscritas nesses processos identitários, o fundamental parece ser abrir espaço, de modo sistemático, para uma discursividade mais livre, isto é, uma discursividade na qual o diálogo busque renunciar ativamente a deixar-se guiar como uma anamnese, em sentido estrito. Tal procedimento evita a tendência monológica, na qual a fala dos pacientes ou dos membros de uma comunidade restringe-se a ser quase exclusivamente (porque nunca o será integralmente) uma extensão, uma complementação do discurso do profissional, apenas preenchendo os elementos que lhe faltam para trilhar um percurso cujo domínio lhe pertence inteiramente. Com isso, surgem possibilidades mais ricas não apenas de se tornar mais claro - para os dois lados da relação - o sentido do Cuidado que busca atualizar-se naquele encontro, seu significado existencial, como também de trazer elementos capazes de tornar mais precisos os recortes objetuais (sistemas morfofuncionais, riscos, determinantes) que porventura se façam necessários para os procedimentos de cuidado e autocuidado. Poder ser um outro, poder reinventar o que se faz num determinado espaço de atenção à saúde: eis um saudável exercício para o surgimento de novos objetos, novas possibilidades técnicas e novos sucessos práticos a serem tentados.

Mas não é apenas nessa dimensão 'diagnóstica' que se pode ativamente reconstruir identidades. Caberia ainda destacar o enriquecimento também das possibilidades de prevenção e assistência, incluindo soluções heterodoxas para o manejo de situações já conhecidas. Assim, compor 'diagnósticos' e 'terapêuticas' com proposições práticas que os articulem a ações de outra natureza ou propósito é também uma alternativa inscrita entre mudanças que podem humanizar as práticas assistenciais. Aliás, essa heterodoxia pode começar já no âmbito da própria terapêutica médica. O uso de parâmetros diagnósticos, drogas, doses e combinações pode seguir critérios mais singularizados, distintos do padrão convencional, sempre que o manejo prático da situação demonstrar positivamente sua variação em relação a comportamentos esperados com base em médias (como doses farmacologicamente ativas, efeitos benéficos ou adversos efetivamente produzidos, interações medicamentosas, expressão laboratorial de constantes fisiológicas ou padrões morfológicos etc.). Essa singularização da abordagem diagnóstica e terapêutica, de resto já celebrizada na máxima clínica de que "cada caso é um caso", tem sido freqüentemente esquecida, levando-se à indistinção entre 'caso' como situação particular de certo(s) universal(is) de origem científica e o 'caso' no sentido de situação singular de um paciente (Gadamer, 1997b). Não podemos nos esquecer de que cada usuário de um serviço de saúde será um 'caso' no sentido de expressar determinada situação particular por referência a um certo aspecto universalmente verificável, caracterizando sua 'condição clínica' particular (seu caso de saúde). Mas será também um caso em outro sentido, no qual o adoecimento assume 'contornos singulares em uma biografia ou história' (o caso da sua saúde).

Paradigmática, nesse sentido, é a situação da Medicina Baseada em Evidências (MBE). A MBE é um recurso contemporâneo de grandes potenciais e riscos, simultaneamente. Se com ela for mais fácil ver, com o auxílio de uma experiência médica ampliada e organizada cientificamente, modos de melhor manejar a singularidade do adoecimento daquele ou daqueles de quem cuidamos, então ela estará efetivamente contribuindo na direção racionalizadora e humanizadora de sua proposição inicial (Sackett et al., 1997). Mas se for o inverso a ocorrer, isto é, se as evidências acumuladas

levam a uma correspondência mecânica entre o caso em questão e a média dos casos estudados pela comunidade científica, então estaremos condenando o manejo técnico de uma situação de saúde a um cientificismo bastante problemático, recentemente condenado pelos próprios mentores da proposta da MBE (Castiel & Póvoa, 2001).

Outras heterodoxias devem ser pensadas para além do âmbito estrito dos serviços de saúde, embora articulados a ele. Apoio à escolarização e aquisição de competências profissionais, desenvolvimento de talentos e vocações, atividades físicas e vivências corporais, atividades de lazer e socialização, promoção e defesa de direitos, proteção legal e policial, integração a ações de desenvolvimento comunitário e participação política, tudo isso pensado tanto em termos de indivíduos quanto de populações, são exemplos de possibilidades menos ortodoxas de intervenções orientadas pelo Cuidado em saúde. É claro que uma tal heterodoxia reclama um decidido investimento em equipes interdisciplinares nos serviços de saúde, em articulações intersetoriais para o desenvolvimento de ações (saúde, educação, cultura, bem-estar social, trabalho, meio ambiente etc.), e na interação entre horizontes normativos diversos, como exemplificado pelos importantes avanços realizados nos diálogos entre saúde e direitos humanos (França Jr. & Ayres, 2003). De qualquer maneira, mesmo que tais investimentos se mostrem ainda incipientes, o que cada profissional da saúde conseguir fecundar seu pensar e fazer com interdisciplinaridade, intersetorialidade e 'internormatividade' certamente já o colocará em melhor posição para a heterodoxia proposta.

Cuidado e Humanização como Valores Sociais

Não seria possível concluir sem reforçar um aspecto da maior importância, já mencionado aqui, freqüentemente negligenciado quando se trata de pensar o Cuidado. Trata-se da aplicação deste conceito a coletivos humanos, de um lado, e, de outro lado, da dimensão social do adoecimento e da construção de respostas a tais processos.

Quase sempre que se fala de Cuidado e humanização, faz-se referência a um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear, a relação entre um sujeito, o usuário, e o profissional da saúde que o atende. Contudo, retomando-se a definição aqui adotada acerca de humanização, no sentido de seu 'compromisso com valores contrafáticos validados como bem comum', fica evidente a inseparabilidade entre este plano individual e o plano social e coletivo.

Em primeiro lugar porque a idéia mesma de valor só se concebe na perspectiva de um horizonte ético, que só faz sentido no convívio com um outro, no interesse em compatibilizar finalidades e meios de uma vida que só se pode viver em comum. Em segundo lugar, porque a própria construção das identidades individuais, as quais plasmam os projetos de felicidade em cujas singularidades se deve transitar na perspectiva do cuidar, se faz, como já dito aqui, na interação com o outro, nas inúmeras relações nas quais qualquer indivíduo está imerso, já antes mesmo de nascer. Em terceiro lugar, e o que interessa especialmente destacar, é que não apenas os horizontes normativos que orientam os conceitos de saúde e doença são construídos socialmente, mas os obstáculos à felicidade que estes horizontes permitem identificar são também fruto da vida em comum, e só coletivamente se consegue efetivamente construir respostas para superá-los.

Desde a aurora da modernidade emergiu, junto com uma consciência histórica da existência humana, a consciência de que o adoecer é também histórica e socialmente configurado; de que tanto os determinantes do adoecimento quanto os saberes e instrumentos tecnicamente dirigidos a seu controle são fruto do modo socialmente organizado de homens e mulheres se relacionarem entre si e com seu meio (Rosen, 1994). Por isso não faz sentido pensar os valores contrafáticos associados à saúde sem a socialidade dessa experiência. Os 'fatos' em função dos quais esses valores são construídos só podem ser compreendidos em sua relação com os contextos de interação de onde emergem, suas mediações simbólicas, culturais, políticas, morais, econômicas e ambientais. As respostas técnicas e políticas ao adoecimento também são o resultado desses mesmos contextos, reclamando o mesmo tipo de compreensão. A distribuição dos

recursos para a proteção contra os adoecimentos, para a recuperação a partir deles ou para a minimização de impactos negativos sobre a vida, tanto quanto a própria concepção e operação desses recursos são igualmente produtos da vida social, na qual finalidades e meios são contínua e interativamente reconstruídos.

Por isso, para a construção do Cuidado, tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles é debruçar-se, uma vez mais e cada vez mais, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente interpostos a projetos de felicidade humana. No mesmo movimento, é preciso refletir também sobre as raízes e significados sociais das tecnologias e serviços disponíveis para responder aos adoecimentos. Assim, julga-se de fundamental relevância, na produção sobre o Cuidado, a articulação de iniciativas teóricas e práticas que vinculem os cuidados individuais a aproximações de corte sociossanitário (Ayres et al., 2003; Campos, 2004; Paim, 2003). Seja pensando em diagnósticos de situação, planejamento de ações e monitoramento de processos e resultados relativos a determinado agravo ou situação de grupos populacionais específicos, seja enfocando a organização dos serviços e os arranjos tecnológicos para respostas sanitárias num sentido mais geral, uma abordagem sociossanitária guarda estreita relação com as perspectivas reconstrutivas do Cuidado, e em dupla direção.

De um lado, as transformações orientadas pela idéia de Cuidado não poderão se concretizar como tecnologias ampliadas se mudanças estruturais não garantirem as reclamadas condições de intersetorialidade e interdisciplinaridade. A própria interação proposta entre diferentes normatividades terá condições mais limitadas de se realizar se não forem trazidos à cena horizontes necessariamente coletivos ou sociais em sua concepção e expressão, como aqueles configurados no campo dos direitos, da cultura, da política etc. Além disso, se a organização do setor Saúde não se preparar para responder aos projetos de vida (e seus obstáculos) dos diversos segmentos populacionais beneficiários de seus serviços, a possibilidade de cuidar de cada indivíduo não passará de utopia, no mau

sentido. Por isso afirmou-se, ao início, que a humanização passa pela radicalidade democrática do bem comum. Não se cuida efetivamente de indivíduos sem cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento Cuidado de cada um de seus sujeitos.

Notas

[1] Para diferenciar o uso deste termo nesta perspectiva reconstrutiva, isto é, de um "ideal regulador" (Habermas, 1990), o grafaremos sempre com inicial maiúscula.

[2] Na tradução brasileira da Editora Vozes o termo *Sorge* é traduzido como Cura, sinônimo de Cuidado. Evitamos usar aqui esse termo para não gerar confusão com curar no sentido médico de eliminar a doença.

Referências Bibliográficas

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1):63-72, 2001.

AYRES, J. R. C. M. *Epidemiologia e Emancipação*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002a.

AYRES, J. R. C. M. *Sobre o Risco: para compreender a epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002b.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14):73-91, 2004a.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3):16-29, 2004b.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3):549-554, 2005.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde pública: perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 1. reimp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2004.

CASTIEL, L. D. & PÓVOA, E. C. Dr. Sackett & "Mr. Sacketeer"...: encanto e desencanto no reino da *expertise* na medicina baseada em evidências. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1):205-214, 2001.

CUNHA, A. G. *Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata/URSS, 6-12 setembro de 1978. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):7-14, 2004.

ESPINOSA, B. Ética-V: da potência, da inteligência ou da liberdade humana. In: ESPINOSA, B. *Pensamentos Metafísicos: tratado da correção do intelecto - Ética*. São Paulo: Nova Cultural, 1991. (Os pensadores)

FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FRANÇA JR., I. & AYRES, J. R. C. M. Saúde pública e direitos humanos. In: FORTES, P. A. C. & ZOBOLI, E. L. C. P. (Orgs.) *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Loyola, 2003.

GADAMER, H. G. Hermenêutica como filosofia prática. In: GADAMER, H. G. *A Razão na Época da Ciência*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1983.

GADAMER, H. G. *Verdad y Método: fundamentos de una hermenéutica filosófica* I. Salamanca: Sígueme, 1996.

GADAMER, H. G. Experiência e objectivização do corpo. In: GADAMER, H. G. *O Mistério da Saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70, 1997a.

GADAMER, H. G. Filosofia e medicina prática. In: GADAMER, H. G. *O Mistério da Saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70, 1997b.

GRONDIN, J. *Introdução à Hermenêutica Filosófica*. São Leopoldo: Unisinos, 1999.

HABERMAS, J. *Pensamento Pós-Metafísico: estudos filosóficos*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990.

HABERMAS, J. *Verdade e Justificação: ensaios filosóficos*. São Paulo: Loyola, 2004.

HEIDEGGER, M. *Ser e Tempo I*. Petrópolis: Vozes, 1995.

KANT, E. *Crítica da Razão Pura*. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 1994.

LUZ, M. T. *Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica contemporânea*. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1994.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 6:109-106, 2000.

PAIM, J. S. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 1. reimp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2003.

RICOEUR, P. *O Si Mesmo como Um Outro*. Campinas: Papirus, 1991.

ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Unesp, Abrasco, 1994.

SACKETT, D. L. et al. *Evidence-Based Medicine: how to practice and teach EBM*. London: Churchil Livingstone, 1997.

SCHRAIBER, L. B. *Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios e outros dilemas*, 1997a. São Paulo: Tese de Livre-Docência, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

SCHRAIBER, L. B. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 1(1):123-138, 1997b.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. & MENDES-GONÇALVES, R. B. (Orgs.) *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 2000.

SILVA JR., A. G.; MERHY, E. E. & CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde, In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2003.

STEIN, E. *Uma Breve Introdução à Filosofia*. Ijuí: Unijuí, 2002.

TEIXEIRA, R. R. *Estudo sobre a técnica e a saúde*, 2003a. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2003b.

3 Relação Médico-paciente e Humanização dos Cuidados em Saúde: limites, possibilidades, falácias

Andrea Caprara
Anamélia Lins e Silva Franco

Em artigo anterior citamos uma frase de Eric Cassel que enfatiza como a prática médica, não obstante o sucesso tecnológico, permanece insuficiente, sobretudo na sua dimensão humana, relacional:

> A tarefa da medicina no século XXI será a descoberta da pessoa – encontrar as origens da doença e do sofrimento, com este conhecimento desenvolver métodos para o alívio da dor, e ao mesmo tempo revelar o poder da própria pessoa, assim como nos séculos XIX e XX foi revelado o poder do corpo. (Cassel, 1991:vii)

De fato, apesar do progresso científico ter permitido estudar, por exemplo, aspectos da atividade cerebral como a semântica e a sintaxe utilizando a tomografia computadorizada e a ressonância magnética (Changeux, 2002), a dimensão relacional do encontro médico-paciente continua exigindo muito da nossa atenção. Pode-se recorrer ao recente volume de Changeux e Ricoeur (2000) para se entender como uma explicação objetiva, do tipo científico, pode se relacionar com uma compreensão subjetiva/intersubjetiva. Atualmente, são inúmeras as iniciativas que podem ser relacionadas a uma linha da antropologia filosófica que estuda, por exemplo, a relação existente entre a regra e a natureza. Ao tomar como

exemplo o mundo das neurociências, Changeux e Ricoeur perguntam-se se os avanços do conhecimento no campo das ciências do sistema nervoso não permitem uma revisão da distinção fundamental estabelecida por Hume no século XVIII entre "o que é e o que deve ser", entre consciência científica e regras morais. De uma parte se discute sobre os neurônios e as conexões neuronais, de outro se fala da consciência, da ação e do sentimento.

Oliver Sacks, em recente entrevista, observa como as pessoas se entusiasmam hoje pelo diagnóstico por imagem e enfatiza a necessidade de equilíbrio entre a cientificidade do diagnóstico de alta complexidade e a cura do indivíduo: "A responsabilidade do médico é ajudar o paciente a buscar dentro e fora de si as condições para iniciar uma vida diferente que se situa além da patologia" (Minerva, 2004:47).[1] O tema da relação médico-paciente continua sendo um elemento central na prática médica, na atividade clínica e no vasto universo transdisciplinar apresentado hoje pelas humanidades médicas. Buscaremos aqui refletir sobre este tema complementando algumas publicações anteriores (Caprara & Franco, 1999; Caprara & Rodrigues, 2004) e retomando reflexões apresentadas anteriormente por Schraiber (1993), Mendes-Gonçalves (1994) e Sucupira (1981), entre outros autores.

Na primeira parte, buscaremos refletir sobre o conceito de relação para a área de saúde. Em geral, a literatura trata da relação médico-paciente sem discutir o que entende por relação. No entanto, o conceito tem sido objeto de trabalho de outros campos do saber e pode ajudar significativamente a área da saúde.

Na segunda seção examinaremos os problemas para se estabelecer uma efetiva relação entre o médico e o paciente na prática médica. Dificuldades em estabelecê-las foram apresentadas em alguns estudos das décadas de 80 e 90 que mostraram o que vemos hoje no Programa Saúde da Família (PSF) (Schraiber, 1993, 1997; Mendes-Gonçalves, 1994; Sucupira, 1981). Levando em consideração os resultados de um estudo coordenado por nós a respeito da relação médico-paciente no Programa Saúde da Família (Caprara et al., 2003), esta seção pretende abranger

algumas perguntas fundamentais: quais são as falácias em acreditar que a humanização se dará com intervenções nos conhecimentos dos médicos? Será necessário intervir também nas estruturas físicas ou no modelo assistencial? Será necessária uma intervenção integrada dos diferentes níveis?

Enfim, na última parte buscaremos apresentar mudanças necessárias ao ensino, por meio da inclusão das humanidades na formação e prática médica. A abordagem das humanidades médicas, entendida como incorporação de elementos da filosofia, das ciências humanas (psicologia, antropologia, sociologia), da literatura, nos cursos de graduação e de especialização, permite repensar não somente a prática médica mas também a formação em medicina, através do desenvolvimento de novos caminhos na educação continuada e na atividade clínica (Evans & Sweeney, 1999; Torsoli, 2000; Federspil, 2004).

As humanidades médicas permitem desenvolver uma nova compreensão da dimensão vivencial e do sofrimento da pessoa, incorporando a realidade social e a experiência individual, no encontro entre médico e paciente. Trata-se de uma concepção integrada que pretende melhorar as capacidades comunicacionais dos médicos e aprofundar a narrativa sobre enfermidade, procurando novas formas de promoção do bem-estar do paciente.

O Conceito de Relação

O tema das relações nos serviços de saúde vem sendo objeto de interesse ao longo de várias décadas. Podem-se identificar artigos que tratam da relação médico-paciente, da relação profissional-usuário, do acolhimento, das tecnologias leves, da construção do vínculo com o serviço. Pode-se afirmar porém que, mesmo quando se usa especificamente o termo 'relação', não se discute o conceito (Roter & Hall, 1989; Roter et al., 1997; Roter, 2000; Merhy, 1997; Schraiber, 1993, 1997).

O conceito de relação tem sido desenvolvido em profundidade pela psicologia e pela filosofia (Franco, 2005). Vários autores serão utilizados nesta discussão. Da psicologia, entre outros, Hinde (1979, 1987) e Bronfenbrenner (1998); na filosofia, sobretudo a produção de Buber (1982),

que foi base para as discussões de Paulo Freire (2000),[2] e a contribuição de Gadamer (1997), autor com grande inserção na área da saúde pela sua contribuição à construção dos conceitos de hermenêutica e de antropologia interpretativa. Por fim, a contribuição de Clavreul (1983) permite uma discussão sobre o tema da saúde, ao dissertar sobre a tese da inexistência da relação médico-paciente.

Para Hinde (1979:14), uma relação "requer uma interação intermitente entre duas pessoas envolvendo trocas em período extenso. Estas trocas têm algum grau de mutualidade". Assim, uma relação é composta por unidades interativas constituídas de várias dimensões observáveis. A capacidade de observação das pessoas envolvidas na relação possibilita que se avaliem as expectativas da interação ou propriamente uma relação já constituída. Observar e mudar, reorganizar padrões em cada interação supõe um papel ativo dos membros da díade e uma dimensão dialética da relação. É importante observar que a relação se constitui longitudinalmente, o que indica a importância da consecução de interações para sua constituição.

A existência de padrões nas relações revela que estas não ocorrem no vazio, mas são influenciadas pelos grupos de origem dos seus membros, como também pelo contexto onde ocorrem. Isso indica serem as relações eminentemente sociais, compondo, portanto, sistemas de interação. A compreensão da complexidade dos relacionamentos favorece o argumento de Hinde (1979) sobre os elementos que compõem tal complexidade – por exemplo, a distinção entre relacionamentos pessoais e formais. Admite-se portanto que, em certas situações, as relações se dão entre categorias de pessoas, pois "o comportamento é determinado pela experiência prévia dos indivíduos na mesma categoria e, em parte, pelo conhecimento adquirido de outras formas a respeito do comportamento característico das pessoas ocupando aquelas posições na sociedade" (Hinde, 1979:37).

As relações nos serviços de saúde freqüentemente são formais, dão-se entre categorias e constituem, caso ocorram, vários encontros entre os membros da díade e, se estes possibilitarem, a previsão do comportamento que indica a existência de um padrão.

Bronfenbrenner (1998) contribui para a compreensão das relações a partir de uma perspectiva contextualista, de acordo com a origem da sua teoria. Segundo o autor, as relações se distinguem de acordo com a presença física, a participação ou a presença fenomenológica dos que constituem a relação. Nos serviços de saúde são facilmente observáveis esses três tipos de situação. Por exemplo, enquanto os usuários esperam em uma unidade de saúde, observam e interferem no comportamento de profissionais que podem ter suas relações constituídas somente nesta condição. Caso um profissional faça algum procedimento com os usuários, ocorrem de forma intermitente momentos em que o profissional é observado e outros em que é observador.

Finalmente, a relação orientada pela presença fenomenológica, intitulada por Bronfenbrenner (1998) "díade primária", constituída por interações em que o comportamento é orientado por princípios, independe da presença física dos membros da relação. Esta constituiria essencialmente o comportamento de adesão às prescrições. Por exemplo, a orientação para que as pessoas portadoras de hipertensão adotem uma dieta específica está submetida à disponibilidade de conduzir o comportamento alimentar orientado pela prescrição e independe da presença do profissional da saúde.

A afirmação de Hinde (1979) sobre a existência de relações formais, relações entre categorias e possivelmente em condições hierárquicas diferentes é confrontada com a contribuição apresentada por Clavreul (1983). Esse autor, na linha de Leriche, Foucault e Canguilhem, afirma que a existência de uma consciência mórbida por parte do paciente é o que provoca a busca do médico. Este, por sua vez detentor do discurso da medicina, torna possível a identificação mórbida. "Não é uma tomada de consciência do interessado que permite a constituição do saber médico, é, ao contrário, a existência desse saber que permite a tomada de consciência" (Clavreul, 1983:45).

A medicina, na compreensão desse autor, pode prescindir do paciente porque este, ao indicar signos, não tem espaço para ocupar o lugar de demandante ou pedinte. Se o paciente tivesse condição para tanto, os destinos do tratamento seriam traçados com base em sua opinião, e isso

em geral não ocorre: "não se pode querer salvar ao mesmo tempo o discurso do médico e o discurso do paciente" (Clavreul, 1983:48). Jorge (apud Clavreul, 1983) afirma que, no limite, não existe relação médico-paciente, ou, como diz o próprio Clavreul, não existe relação médico-doente, e sim relação instituição médica-doença. Assim, a proposta de Clavreul faz subsumir os papéis, dando lugar às inscrições que demandam e respondem especificamente à doença e à instituição médica.

Paulo Freire (2000), no primeiro capítulo do livro *Educação como Prática da Liberdade*, afirma que é fundamental considerar que o homem é um ser de relações e não somente de contatos, e não apenas está no mundo, mas está com o mundo. Essa idéia fundamenta-se em Martin Buber, filósofo do século passado que propôs uma filosofia das relações. Buber (1982) propôs o conceito de comportamento dialógico, que consiste nos homens serem "um-para-com-o-outro". O comportamento dialógico se dá no domínio inter-humano e consiste na possibilidade de os membros de uma relação se reconhecerem como influenciadores mútuos. Essa condição prevê "que cada um dos dois se torne consciente do outro de tal forma que precisamente por isso assuma para com ele que não o considere e não o trate como seu objeto mas como seu parceiro num acontecimento da vida, mesmo que seja apenas uma luta de boxe" (Buber, 1982:137-138). É este o fator decisivo: o não ser objeto. O autor enfatiza ainda e justamente que as relações se dão entre dois que se consideram parceiros.

Apesar de alguns autores se contraporem a esta idéia de "parceiros nas relações" na medida em que as diferenças de poder ou de compreensão da realidade impossibilitam sua efetivação, é importante considerar médico e paciente como parceiros. Se o poder do médico está ameaçado pela necessidade de adesão como uma possibilidade e não como uma certeza, cabe pensar o médico como aquele que precisa constituir uma relação de parceria com o paciente. Com base na contribuição de Buber, pode-se extrapolar e afirmar que a adesão não acontecerá se o médico não demonstrar que conta com a colaboração e participação do paciente.

Buber (1982) traz uma compreensão do ser humano que é interessante para esta discussão: ele diz que os homens se ligam e se reúnem

na qualidade de pessoas ao mesmo tempo dependentes e independentes entre si. Essa ligação reconhece que, por mais que se dê a dominação nas relações, o homem, por sua capacidade de simbolização e de construção subjetiva, pode, em alguma instância, estar se contrapondo à relação em que, aparentemente, poderia se mostrar como subordinado.

O comportamento dialógico, para Buber (1982), não se restringe a contatos em que estão incluídos elementos da linguagem verbal. Como parceiros, é preciso que os membros de uma díade se comuniquem, se reconheçam e, como proposto por esse autor, se compreendam. A necessidade de que ocorram processos de compreensão entre aqueles que compõem uma relação possibilita uma ponte com a proposta da hermenêutica filosófica de Gadamer (1997), para quem os homens vivem continuamente a possibilidade e o limite de se conhecer. Essa experiência impõe o exercício da compreensão. Compreender é um processo ativo em que os homens buscam significados e interpretações.

A possibilidade de compreensão se dá de forma limitada porque o ser humano encontra-se "numa situação hermenêutica", o que quer dizer inserido em processo contínuo de compreensão (Ayres, 2005). Desse conceito de situação hermenêutica decorre o conceito de horizonte: "o âmbito de visão que abarca e encerra tudo o que é visível a partir de um determinado ponto" (Gadamer, 1997:452). O horizonte possibilita valorizar aquilo que não está próximo, possibilita aproximar-se de significados de conteúdos distantes. A situação hermenêutica, o reconhecimento do horizonte e a busca de aproximação constituem o círculo hermenêutico que consiste num processo dialógico de interpretação que possibilita que os membros da díade conquistem a compreensão de uma significação.

Entre médico e paciente, mesmo que não intencionalmente, existe o exercício da interpretação: do sofrimento em queixa, da queixa em sintomas, dos sintomas inseridos em uma história. As condições de vida, a epidemiologia, os exames laboratoriais, o raciocínio clínico, a suspeita, o diagnóstico completam o ciclo. Nesta perspectiva, até que se 'feche um diagnóstico' muitos círculos hermenêuticos terão sido construídos.

Finalmente, a contribuição de Merhy (1997) identifica um processo de fetichização da prática clínica, já que os profissionais estão dirigidos por protocolos. Essa fetichização indica que não somente os pacientes sujeitam-se à condição de alienados, quando solicitam ajuda profissional para tratar de algo que os acomete, mas os profissionais também, ao conduzirem suas práticas por intermédio de protocolos, prescindindo das suas capacidades de raciocínio clínico-epidemiológico-laboratorial.

Sendo assim, médicos e pacientes deveriam superar essa condição de objetos da medicina e dialogicamente se manterem exercitando o que está ontologicamente dado: a possibilidade de se aproximarem da e pelas suas "naturezas" (Soares, 1994).

Limites e Dificuldades Reais da Efetiva Relação entre Médico e Paciente

Distinguindo-se da maioria dos estudos realizados internacionalmente,[3] no Brasil a literatura sobre relação médico-paciente freqüentemente se associa às condições de trabalho dos profissionais, ao modelo assistencial e à formação dos profissionais (Sucupira, 1981; Mendes-Gonçalves, 1994; Schraiber, 1993). Essa compreensão, oriunda principalmente de estudos orientados por Maria Cecília Donnangelo (1975), reconhece que a relação médico-paciente não é produto linear do encontro entre duas pessoas e que este encontro pode ser maximizado com a conjunção de diversos fatores.

Um primeiro exemplo pode ser o estudo realizado por Sucupira (1981). A autora analisou a relação médico-paciente no contexto da pediatria, comparando três modalidades assistenciais que funcionavam em paralelo (INPS, Medicina de Convênio e o Centro de Saúde Estadual). Foram realizadas entrevistas e observações. A autora observou que cada modalidade assistencial possibilita padrões próprios de relação médico-paciente, identificados e buscados pela população, a depender de suas necessidades. Por isso, Sucupira afirma que as relações de poder encontram-se vinculadas aos projetos institucionais nos quais elas ocorrem. Por

exemplo: para o acompanhamento em puericultura as famílias buscavam as unidades do INPS; para vacinar, as unidades da prefeitura; para emergências, as unidades estaduais. Desse modo, a população fazia uso simultâneo dos serviços que pretendiam de acordo com sua percepção do que se mostrava mais efetivo.

No Brasil, cronologicamente após a pesquisa de Sucupira, pode-se citar a de Mendes-Gonçalves (1994) realizada entre 1984 e 1985, abordando a tecnologia e a organização social das práticas em saúde. O autor assume uma forma particular de compreensão da tecnologia aplicada em saúde, que seria "constituída pelo saber e por seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção dos serviços" (Mendes-Gonçalves, 1994:20). Tendo esse quadro como referência, foram realizadas entrevistas e observações em 11 centros de saúde da rede estadual de São Paulo. A coleta dos dados contemplou várias rotinas dos centros. O autor verificou que, mesmo tendo intenções inovadoras, essas unidades de saúde se mantinham repetitivas, subordinadoras e pouco eficientes. Constatou, no entanto, que nessa conjuntura já se observava uma prática preocupada com a autonomia dos pacientes.

Também tratando de um aspecto do modelo assistencial, Schraiber (1993) desenvolveu uma linha de pesquisa na qual focalizou a mudança nas rotinas de trabalho do médico, a partir da incorporação da tecnologia como auxiliar ao exercício da profissão. Tendo entrevistado um grupo de profissionais que vivenciaram a incorporação da tecnologia à prática médica, foi-lhe possível demonstrar que, apesar das mudanças, a natureza do objeto da medicina se mantém, e o médico continua possuindo uma condição de autonomia diferenciada diante de outras profissões que assimilaram os auxílios tecnológicos.

No final da década de 90, Schraiber (1997) apresentou um segundo estudo nas mesmas linhas do anterior, diferenciando-se por ter, como sujeitos, médicos formados na era da medicina tecnológica. A autora usou metodologia semelhante, coletando histórias de vida de profissionais formados na primeira metade da década de 80, e reconhecendo transformações geradas pela incorporação tecnológica. Algumas mudanças

passaram por um processo de agudização, como o assalariamento, a perda da autonomia dos médicos e o aumento dos conflitos institucionais.

O novo cenário compreendido por Schraiber (1997) caracteriza-se por uma complexificação das engrenagens e meios tecnológicos que, como intermediários na relação médico-trabalho, impõem padrões relacionados à multiplicidade de competências como gerente e gestor do consultório, membro de coletivos de práticas, inserção num mundo altamente atualizado com excesso de informações. Como conseqüência dessa realidade, a autora detectou um nítido problema comunicacional, a que chamou "crise da confiança", facilmente observada tanto nas relações entre médicos e quanto nas destes com os pacientes.

O enfoque estrutural que marcou a grande maioria dos estudos brasileiros considera que a "apreensão do relacionamento tem como ponto de partida as relações sociais e não somente as relações técnicas. (...) as relações sociais não podem ser consideradas apenas como relações humanas mas são relações entre agentes de produção" (Nunes, 1988:160).

Na mesma direção, realizamos um estudo tratando da relação médico-paciente no Programa Saúde da Família, com equipes do Ceará e da Bahia, no período de 1999 a 2001 (Caprara et al., 2003).[4]

Utilizamos métodos quantitativos e qualitativos: entrevistas abertas, observações estruturadas e observação participante. Observamos aproximadamente oitocentas consultas realizadas por quarenta médicos, utilizando um roteiro de observação estruturado. A pesquisa de campo realizou-se em Fortaleza e em áreas urbanas e rurais de três outros municípios do estado do Ceará e, também, em três municípios do estado da Bahia em zonas urbanas e rurais.

No Ceará a amostra foi composta de quatrocentas consultas realizadas por vinte médicos, utilizando um guia de observação estruturada (Caprara et al., 2003). Duzentas observações foram realizadas em áreas rurais, e duzentas na área urbana de Fortaleza. Na Bahia foram observadas e gravadas 408 consultas realizadas por vinte médicos de três municípios do estado. Não foram feitas observações na capital porque, naquele período, o município de Salvador ainda não tinha implantado o programa.

Os principais resultados desse estudo, já publicados em forma mais detalhada (Franco, Bastos & Alves, 2005; Caprara & Rodrigues, 2004), serão apresentados separadamente por estado. Com relação ao Ceará, o estabelecimento de uma boa relação entre profissionais da saúde com pacientes e suas famílias está fortemente influenciado por aspectos organizacionais tais como a alta rotatividade dos médicos, a falta de estruturas físicas adequadas e problemas na organização dos serviços. Há também a interveniência de fatores culturais e sociais.

Os problemas se apresentam de forma distinta entre a capital e os municípios do interior. Na capital observa-se sobrecarga de trabalho, decorrente de um número excessivo de famílias sob responsabilidade de uma equipe, levando à má qualidade do atendimento. Nas zonas rurais, a ampla distribuição das famílias, as distâncias e as dificuldades de deslocamento dificultam a acessibilidade. As equipes acabam dedicando maior tempo ao atendimento no posto-sede do que nas demais localidades, dado o maior número de famílias. Essa priorização dos atendimentos, pressionada pela densidade populacional das áreas urbanas, não garante o respeito ao princípio da eqüidade. Um médico faz o seguinte relato:

> *São mais famílias e é a sede, a gente vem mais vezes. Vem quatro dias na semana; nos outros dias a gente visita os outros postos pra dar assistência e também vai nas outras localidades para fazer visita domiciliar.*

A dificuldade de acesso impede a presença freqüente das equipes nas localidades, e quando esta ocorre observamos a necessidade de encurtamento das consultas, já que não é possível manter o limite de 16 por turno. Assim, constatamos problemas relativos ao acesso tanto no que diz respeito ao deslocamento até a unidade de saúde como ao serviço proposto. A fala do médico retrata a situação:

> *Como as localidades são geralmente muito longe, o acesso é muito difícil, não dá para visitar todas mais de uma vez, ou duas, três vezes no máximo por mês. Principalmente quando não tem posto de saúde. Então a gente geralmente extrapola o nível de 16 consultas por turno.*

A estrutura física das unidades de saúde também é reconhecida como um fator comprometedor para a relação médico-paciente. Na capital existem tanto postos bem instalados como adaptações e problemas de manutenção. Um médico fala de problemas com relação ao isolamento acústico, que o impedem de se comunicar adequadamente com os pacientes:

> *Atrapalha mais a estrutura. Às vezes, por exemplo (...) tem muito barulho no posto, você não está num lugar reservado, o povo fazendo zoada.*

Nos municípios do interior, principalmente na zona rural, as condições dos locais onde ocorrem os atendimentos são, em geral, precárias. Os atendimentos acontecem em salas de aula, em igrejas, em casas alugadas sem adaptação. O trecho que se segue é emblemático dessa situação:

> *E no local onde atendi, era a oficina das ferramentas, tinha selas, tinha umas coisas, tudo empoeirado, casa de morcego, teia de aranha. Aí eles só fizeram tirar o birô da sala e botar no meio dessa oficina. Uma cadeira pra mim e uma pra pessoa. E quando eu precisava deitar alguém, deitava no balcão.*

A origem socioeconômica e o grau de escolaridade da população também são vistos como desafios para o trabalho do programa. Principalmente na zona rural, a população em geral é analfabeta e tem como ocupação predominante a agricultura. São pessoas de grande religiosidade, e que costumam atribuir a elementos sobrenaturais o poder de doença e de cura. São ainda acostumadas ao modelo paternalista de consulta, demonstrando em geral conformismo com a situação e grande respeito à figura do médico.

Aspectos reconhecidos com fonte de problemas são as condições organizacionais das equipes e das unidades. A realidade da capital conta com uma rotina de trabalho de 16 pacientes por turno, agendados e atendidos por ordem de chamada. Todos têm prontuário. Mas no interior isso não era garantido. Principalmente, relatou-se a inexistência de prontuários familiares e dificuldades nas atividades de triagem:

O fato é que são 16 pacientes por turno no atendimento geral, no atendimento a criança ou adulto 16 ficam marcados. Deixar umas quatro vagas para pessoas que chegam desavisadamente ou por alguma emergência. Pra fim de triagem pelo pessoal do Same, pra não sobrecarregar o profissional que está dentro da sala, a gente orientou o pessoal do Same que seria emergência pessoa que chegasse com febre, vômito, que estivesse com diarréia, dispnéia aguda ou hipertensos descompensados, ou pequenos acidentes. Alguma coisa desse tipo. Mas mesmo assim batem a porta da gente e dizem assim: 'Olhe, fulano de tal chegou agora, tá gripado, eu boto?'. Você pensa 'onde é que ficou o treinamento? Onde é que ficaram as orientações que você deu?'. A gente sempre acaba atendendo mais do que os dezesseis.

A falta de uma formação adequada para a execução do programa e ao contexto repercute negativamente no andamento das atividades, como é aqui enfatizado por este médico:

Então, quem não tem noção entra em atrito com quem tem noção... porque, por exemplo, um médico que tem uma formação hospitalar aqui dentro vai de encontro a tudo que a gente faz, dá o maior problema do mundo, porque a visão não é a mesma.

Os profissionais falam de dificuldades com relação à realização de exames laboratoriais, distribuição de medicamentos e sistema de referência e contra-referência. A inexistência desses serviços complementares freqüentemente gera problemas na rotina da equipe e na relação médico-paciente:

Por que a gente tem uma limitação? O problema que eu acho que a gente encontra é que, com relação à prefeitura daqui, ela deveria fazer um convênio, alguma coisa com a atenção secundária, porque a gente fica muito perdido sem saber para onde encaminhar. Não é que a gente não saiba. A gente sabe que tem esse, que tem aquele... só que quando você encaminha o paciente, ele vai pra lá como se fosse a primeira vez, então...

Os resultados do estudo desenvolvido com as equipes do estado da Bahia em muitos pontos coincidem com os encontrados no Ceará. Os três municípios estudados foram escolhidos por critérios geográficos, mas pudemos observar nítidas distinções entre eles. O Município 1 localiza-se na região metropolitana do estado. O programa tem sido implantado com uma nítida distinção ao trabalho extramuros, fora da unidade de saúde, daí o fortalecimento da atividade do agente comunitário de saúde. Neste município a proximidade com a capital gera um padrão de demanda do cidadão muito influenciado pela medicina tecnológica, que, apesar de freqüentemente ser um padrão apoiado pelos médicos, sofre grandes limitações porque não conta com uma rede para atenção laboratorial compatível com a demanda.

Considerando que na Bahia as consultas foram gravadas e transcritas, serão apresentados breves episódios observados.

> *O paciente, um senhor de meia idade, chega no consultório argumentando que por estarmos nos últimos dias do ano gostaria de fazer um check-up (usa esta expressão). O profissional pergunta-lhe se está sentindo alguma coisa, para direcionar o atendimento. A resposta do paciente é negativa. O profissional solicita os exames e discute com o paciente onde podem ser feitos; entretanto, apresenta uma lista de clínicas conveniadas que não tem nenhuma articulação com o programa.*

Nesse município era, claramente, impossível dar continuidade à assistência como proposto pelos princípios do PSF, dada a inexistência de atenção laboratorial. Mesmo o paciente tendo solicitado exames, não constatamos a sua realização e nem o posterior retorno para apresentá-los ao médico e para que ambos pudessem discutir resultados e procedimentos a serem adotados.

No Município 2 a rede encontrava-se bem melhor estruturada, contando com laboratório, atendimentos por especialidades e uma alternativa de referência, ainda que considerada insatisfatória por parte de médicos e pacientes. Nessa realidade foi possível observar a construção de uma relação médicos-pacientes, já que estes eram atendidos pelos médicos

com acompanhamento posterior: faziam exames que eram registrados em prontuários, eram encaminhados principalmente para as consultas com especialistas e conseguiam os atendimentos.

> *Um médico inicia a consulta falando para o paciente que "no ano passado o colega responsável aqui por esta área anotou aqui na ficha que o senhor teve um desmaio... etc.".*

A realidade do Município 3 apresentou-se como a mais comprometida. Neste não se contava com laboratório nem com farmácia, a equipe do PSF não trabalhava conjuntamente, não existia a rotina de visitas domiciliares pela inexistência de meio de transporte. Foi o único município em que no período da coleta dos dados constatamos unidades vazias, o que gerou, inclusive, dificuldade de observar as vinte consultas de um mesmo médico, como era de praxe na pesquisa. A população reconhecia a precariedade do serviço, e quando precisava encaminhava-se diretamente à unidade hospitalar onde obtinha exames e medicamentos. Nesse município concluímos que as práticas estavam em desacordo com a natureza do programa e descontextualizadas. No entanto, encontramos aí um médico muito interessante, dedicado, sensível, que aproveitava fortemente o saber da população na sua práxis profissional.

Com base nos exemplos citados, podemos afirmar que a relação médico-paciente recebe influências de aspectos gerenciais do sistema, organizacionais da unidade de saúde, da formação do médico e da pessoa, sendo que os três primeiros focos, principalmente, necessitam de intervenção. Freqüentemente se aponta a questão da formação como uma conquista a longo prazo, que mantém os gestores em condição mais confortável e pressupõe a relação médico-paciente como resultado de um encontro descontextualizado e a-histórico entre duas pessoas. É claro que o projeto formativo tem que estar vinculado a mudanças nos aspectos estruturais, gerenciais e organizacionais das unidades de saúde para articular avanços tecnológicos e acolhimento, melhores condições de trabalho e processos comunicacionais (Deslandes, 2004).

Poder-se-ia afirmar que a falácia dos discursos sobre relação médico-paciente e sobre humanização da assistência relaciona-se a uma compreensão de que a falência da atenção à saúde interage com incompetência dos profissionais, deficiências de sua formação e pobreza da natureza humana. Há uma falácia segundo a qual todos os problemas poderiam ser resolvidos, no máximo, intervindo sobre "os que estão na ponta".

Com relação à formação, consideramos a existência de várias propostas interessantes, a exemplo dos projetos UNI-Kellogs e da implantação da metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas nas universidades Estadual de Londrina, Estadual de Santa Catarina e Federal do Ceará, entre outros. Entretanto, reconhecemos a necessidade de ampliação da visão, da sensibilidade e da compreensão dos profissionais da saúde por meio da incorporação das humanidades médicas na sua formação como uma alternativa. Encontram-se, a seguir, duas proposições, fundamentadas na compreensão da educação como contínua, perene, dialógica, processual, ativa e saudável.

Incorporação das Humanidades na Formação e nas Práticas Médicas

Falar de humanidades nas práticas médicas impõe inicialmente a definição do conceito utilizado, porque sempre se faz a pergunta "o que significa 'humanidades médicas'?". Este conceito pode ser apresentado de acordo com três aspectos complementares: a) o primeiro refere-se à introdução das ciências humanas, principalmente a psicologia, a sociologia e a antropologia na formação e prática médica (Torsoli, 2000); b) o segundo se dirige para a intercessão entre arte e medicina, referindo-se de modo particular a literatura, pintura, escultura e música; c) o terceiro diz respeito à necessária relação existente entre filosofia e medicina.

As ciências humanas, a arte, a filosofia há muito exploram a experiência e o sofrimento humano, e nesta dimensão particular, as humanidades médicas vêm se confrontar com a experiência do paciente, do médico, dos sanitaristas, nas freqüentes narrativas sobre a saúde e a doença, a vida e a morte.

O médico teria que adequar sua intervenção clínica, considerando o paciente como sujeito singular ativo de sua história, levando em conta a experiência da doença, as percepções e representações do paciente de forma a desenvolver sensibilidade e capacidade de escuta que vão além da dimensão biológica. Esses aspectos podem ser desenvolvidos através de um processo de formação mais abrangente que incorpore elementos das ciências humanas, em particular a psicologia, a antropologia e a sociologia, no desenvolvimento educacional. Na realidade, quase todos os problemas de saúde contêm aspectos relacionados a determinações sociais, a valores culturais, a fatores históricos, a implicações psicológicas. Por isso é impossível descrever todas as possíveis formas de interação. Tomaremos duas como exemplo: as relações entre antropologia e medicina e entre arte e saúde.

Antropologia e medicina

A dimensão da pesquisa da antropologia médica se expande em três direções, de acordo com Tullio Seppilli (1996): a) os determinantes, no âmbito social, das patologias psíquicas e somáticas; b) as formas de interpretação, as atitudes, as percepções com as quais os diversos grupos culturais classificam e narram a experiência da doença; c) os saberes e as práticas, as diversas formas como as pessoas cuidam da própria saúde, que Seppilli define como "a instrumentação socialmente produzida". Na prática, o interesse da antropologia médica se coloca na interseção entre os determinantes sociais e fatores biológicos, a descoberta da gramática narrativa com que se exprimem os indivíduos como também os diversos grupos culturais, no confronto com a vida, a morte, a saúde e a doença.

Se o examinamos de uma perspectiva histórica, o desenvolvimento da antropologia médica começa sublinhando que "o Ocidente da segunda metade do século XVIII até a metade do século XIX foi marcado por significativa batalha institucional para criminalizar e deslegitimar as diversas formas de medicina folclórica, religiosa e outras semelhantes" (Seppilli, 1996:10). A partir do final do século XVIII e o início do século XIX, vários autores, principalmente médicos e folcloristas, realizaram

estudos de antropologia médica mostrando como as formas de superstição podiam ser consideradas legítimas expressões da cultura médica popular.

Um outro aspecto importante do debate refere-se ao fato de que os profissionais da saúde considerem 'crenças' e práticas populares como barreiras culturais, procurando nos conhecimentos antropológicos instrumentos para modificar essas práticas. Ao contrário, o primeiro passo teria que ser dado no sentido de alterar esse modelo, adaptando-se os programas de saúde aos diversos contextos culturais. Trata-se de analisar as práticas culturais não tanto como fatores de risco, como acontecia no passado, mas como elementos positivos da cultura da comunidade, porque produtoras de valores e de práticas de saúde. Esta perspectiva não considera a população apenas como consumidora de serviços. Portanto, ela ressalta a necessidade de refletirmos sobre o quanto as más condições de saúde de uma população são mais eficazmente descritas em termos de 'desestruturação da tradição' do que de 'resistência à mudança'.

Muitas perguntas que os médicos fazem sobre os aspectos culturais giram em torno de uma prática só ou de uma 'crença' a ser modificada, como, por exemplo, a rejeição por parte da população de uma campanha de vacinação, ou a presença de tabus alimentares. Na abordagem desses temas é necessário pensar que cada aspecto cultural representa o epifenômeno de dinâmicas culturais complexas e interdependentes, e por isso seu sentido só pode ser compreendido levando-se em consideração o conjunto de valores, representações e práticas do grupo.

Arte e saúde

Neste campo vêm se desenvolvendo formas de arte-terapia, produzindo-se obras com finalidades terapêuticas pelos próprios pacientes. Pensamos, por exemplo, no Museu de Imagens do Inconsciente no Rio de Janeiro e em formas de pintura, literatura e música nas quais a arte se exprime no âmbito da saúde. Este segundo aspecto, que prevê, por exemplo, a criação de obras de arte nos hospitais por parte de pintores ou músicos (Zacchè, 2002), também tem uma influência sobre o estado de saúde dos

pacientes (Langer, 1989; Ulrich, 1984). São várias as experiências de utilização de formas artísticas – por exemplo, a literatura, a poesia, a pintura, a música – com o objetivo de favorecer a cura centrada no paciente (Graham-Pole, Homan & Rockwood, 1997).

Hoje são cada vez mais numerosas as experiências de construção dos hospitais, ou de reformas de velhos edifícios, partindo de idéias artístico-arquitetônicas dos espaços externos e dos espaços internos (Kaye & Blee, 1997). A dimensão artístico-arquitetônica das instalações físicas foi menosprezada na Europa do século XIX, com poucas exceções, como os sanatórios, construídos em locais isolados com espaços verdes amplos, e os hospitais psiquiátricos. É certo que até o final dos anos 80 do século XX a arte era vista como um elemento facultativo na organização dos serviços de saúde, e não considerada parte do processo de cura e do cuidado com os pacientes.

A introdução de obras de arte nos hospitais começa, por exemplo, na Inglaterra, no início da década de 1970, sendo disponibilizadas a custos módicos em alguns hospitais (Kaye, 1997). No centro da atividade artística está o paciente, que compartilha a experiência inspiradora da produção artística. Aumentaram significativamente, na Inglaterra, as iniciativas de execução de concertos musicais nos hospitais. Por exemplo, o Conselho para Música nos Hospitais (Council for Music in Hospitals) organiza, em unidades de saúde, mais de quatro mil espetáculos por ano.[5] É famosa a experiência no Hospital de Broadmoor, em que as companhias teatrais Royal Shakespeare e Royal National Theatre realizaram numerosos espetáculos teatrais para os pacientes e profissionais da saúde, seguidos de *workshops* nos quais os pacientes, sob acompanhamento clínico, analisaram as emoções suscitadas pelos espetáculos (Cox, 1992). Na Inglaterra existe um movimento histórico de humanização do serviço de saúde por meio das artes cênicas, que inclusive incorpora a realização de obras teatrais realizadas pelos próprios pacientes (Senior & Croall, 1993).

Os efeitos dessas atividades se expressam em diversos aspectos, como a motivação das pessoas, a melhora da saúde dos pacientes, o padrão de qualidade dos cuidados de saúde.

Conclusões

Apesar dos progressos científicos, observa-se uma necessidade crescente de desenvolver uma comunicação mais aberta entre médicos e pacientes que possibilite melhor qualidade do atendimento e um processo de humanização dos cuidados em saúde.

Esse processo exige mudanças na formação dos profissionais, com a incorporação das humanidades na sua formação, permitindo ampliação da visão, da sensibilidade e da compreensão do objeto de seu trabalho. Apesar dessa importante ampliação e aprofundamento no processo de formação dos cuidadores em saúde, uma intervenção limitada à educação não é suficiente. Qualquer projeto de humanização da assistência e em prol de melhor relação médico-paciente tem que estar vinculado a mudanças nos aspectos gerenciais e organizacionais dos serviços de saúde, assim como nas estruturas físicas, para articular avanços tecnológicos e acolhimento, melhores condições de trabalho e processos comunicacionais.

Notas

[1] Sacks (2003) é também autor de um texto autobiográfico considerado chave sobre esse tema.

[2] Citamos explicitamente Paulo Freire por se tratar de um autor fundamentador da educação para a saúde contemporânea no Brasil e internacionalmente (Roter, 2000; Vasconcelos, 2001).

[3] Existe uma vasta produção sobre o tema: resultados de pesquisas empíricas (Fallowfield et al., 1990), aplicação de instrumentos de observação e avaliação (Brown, Stewart & Tessier, 1994), programas de formação (Branch et al., 1991; McManus et al., 1993), manuais de comunicação (Lloyd & Bor, 1996; Neighbour, 1996; Pendleton et al., 1997; Silverman, Kurtz & Draper,1999; Maguire, 2000).

[4] Essa pesquisa teve apoio do CNPq, como parte do Programa Nordeste de Pesquisa e Pós-Graduação, projeto n. 52.1228/98-0.

[5] http://www.music-in-hospitals.org.uk/home.htm.

Referências Bibliográficas

AYRES, J. R. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3):549-560, 2005.

BRANCH, W. T. et al. Teaching Medicine as a human experience: a patient-doctor relationship course for faculty and first-year medical students. *Annals of Internal Medicine*, 114: 482-489, 1991.

BRONFENBRENNER, U. & MORRIS, P. The ecology of developmental processes. In: DAMON, W. (Ed.) *Handbook of Child Psychology*. 5. ed. Toronto: J. Wiley & Sons, 1998.

BROWN, J. B.; STEWART, M. A. & TESSIER, S. *Assessing Communication between Patients and Providers: a manual for scoring patient-centred communication*. Ontario: CSFM (Centre for Studies in Family Medicine), 1994. (Working paper series, 94)

BUBER, M. *Do Diálogo e do Dialógico*. São Paulo: Perspectiva, 1982.

CAPRARA, A. & FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(3):647-654, 1999.

CAPRARA, A. & RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):139-146, 2004.

CAPRARA, A. et al. *A Relação Médico-Paciente no Programa Saúde da Família: uma pesquisa-ação com as equipes de saúde da família do Ceará e da Bahia*. Fortaleza, Salvador: Escola de Saúde Pública, Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, 2003.

CASSEL, E. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. Oxford: Oxford University Press,1991.

CHANGEUX, J. *L'Homme de Vérité*. Paris: Odile Jacob, 2002.

CHANGEUX, J. & RICOEUR, P. *Ce qui Nous Fait Penser: la nature et la règle*. Paris: Éditions Odile Jacob, 2000.

CLAVREUL, J. *A Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico.* São Paulo: Brasiliense, 1983.

COX, M. *Shakespeare Comes to Broadmoor*. London: Jessica Kingsley Publishers, 1992.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):7-14, 2004.

DONNANGELO, M. C. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.

EVANS, M. & SWEENEY, K. Editorial: exploring the medical humanities. *British Medical Journal*, 319:1216-1216, 1999.

FALLOWFIELD, L. et al. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *British Medical Journal*, 301:1.524-1.525, 1990.

FEDERSPIL, G. Le humanities e il ragionamento clinico. *Medic*, 12:27-36, 2004.

FRANCO, A. L. S. O conceito de relação discutido a partir da relação médico-paciente. In: PETRINI, J. C. & CAVALCANTI, V. R. S. (Orgs.) *Família, Sociedade e Subjetividades: uma perspectiva interdisciplinar*. Petrópolis: Vozes, 2005.

FRANCO, A. L. S.; BASTOS, A. C. S. B. & ALVES, V. S. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do estado da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1):246-255, 2005.

FREIRE, P. *Educação como Prática da Liberdade*. 24. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

GADAMER, H. G. *Verdade e Método*. Petrópolis: Vozes, 1997.

GRAHAM-POLE, J.; HOMAN, S. & ROCKWOOD, L. M. T. Building arts in medicine. In: KAYE, C. & BLEE, T. (Eds.) *The Arts in Health Care*. London: Jessica Kingsley Publishers, 1997.

HINDE, R.A. *Towards Understanding Relationships*. London: Academic Press, 1979.

HINDE, R. A. *Individuals, Relationships and Culture: links between ethology and the social sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.

KAYE, C. State of the art. In: KAYE, C. & BLEE, T. (Eds.) *The Arts in Health Care*. London: Jessica Kingsley Publishers, 1997.

KAYE, C. & BLEE, T. (Eds.) *The Arts in Health Care*. London: Jessica Kingsley Publishers, 1997.

LANGER, E. J. *Mindfulness: reading*. s. l.: Addison-Wesley, 1989.

LLOYD, M. & BOR, R. *Communication Skills for Medicine*. New York: Churchill Livingstone, 1996.

MAGUIRE, P. *Communication Skills for Doctors*. London: Arnold, 2000.

McMANUS, I. C. et al. Teaching communication skills to clinical students. *British Medical Journal*, 306:1.322-1.327, 1993.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de portas abertas para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. Rio de Janeiro: Abrasco, Hucitec, 1994.

MINERVA, D. Il paziente inglese: colloquio con Oliver Sacks. *L'Espresso*, 28 ottobre 2004, p. 46-50.

NEIGHBOUR, R. *The Inner Consultation: how to develop an intuitive consulting style*. London: Librapharm Limited, 1996.

NUNES, E. D. Brasil: relação médico-paciente e suas determinações sociais. *Educación Médica y Salud*, 22(2):153-168, 1988.

PENDLETON, D. et al. *The Consultation: an approach to learning and teaching*. Oxford: Oxford University Press, 1997.

ROTER, D. L. The medical visit context of treatment decision-making and therapeutic relationship. *Health Expectations*, 3:17-25, 2000.

ROTER, D. L. & HALL, J. A. Studies on doctor-patient interation. *Annual Review Public Health*, 10:163-180, 1989.

ROTER, D. L. et al. Communication patterns of primary care physicians. *Journal of American Medical Association*, 277(4):350-356, 1997.

SACKS, O. *Com uma Perna Só*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

SCHRAIBER, L. B. *O Médico e seu Trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, L. B. *Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas*, 1997. Tese (livre-docência disciplina Medicina Preventiva), São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

SEPPILLI, T. Antropologia medica: fondamenti per una strategia. *AM-Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, 1/2:7-22, 1996.

SENIOR, P. & CROALL, J. *Helping to Heal: the arts in health care*. London: Calouste Gulbenkian Foundation,1993.

SILVERMAN, J.; KURTZ, S. & DRAPER, J. *Skills for Communicating with Patients*. Oxon: Radcliffe Medical Press, 1999.

SOARES, L. E. *O Rigor da Indisciplina: ensaios de antropologia interpretativa*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

SUCUPIRA, A. C. S. L. *Relações médico-paciente nas instituições de saúde brasileiras*, 1981. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

TORSOLI, A. Umanesimo e umanità clinica editorials. *Medic*, 8(3):113-114, 2000.

ULRICH, R. S. View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 27:420-421,1984.

VASCONCELOS, E. M. (Org.) *A Saúde nas Palavras e nos Gestos*. São Paulo: Hucitec, 2001.

ZACCHÈ, G. (Org.) *Arte in Corsia: donazione degli artisti in ospedale*. Modena: USL Modena, 2002.

Humanização e Qualidade do Processo de Trabalho em Saúde

4

Francisco Antonio de Castro Lacaz
Leny Sato

O tema da humanização da assistência e do cuidado nos serviços de saúde vem ganhando, com variados enfoques, importante espaço de debate, seja como política institucional – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, publicado pelo Ministério da Saúde em abril de 2000 e, mais recentemente, com o HumanizaSUS –, seja como campo de interesse de pesquisadores da saúde coletiva (Campos, 1998; Cecílio, 1999; Deslandes, 2004; Merhy, 1999; Onocko-Campos, 2003).

Uma mostra disso pode ser observada a partir da publicação do já referido artigo de Deslandes (2004), que serviu de 'artigo-debate' para que outros autores expressassem seus pontos de vista sobre a matéria (Ayres, 2004; Minayo, 2004; Boaretto, 2004 e Onocko-Campos, 2004), em número temático da revista *Ciência & Saúde Coletiva*.

Não se pretende, aqui, participar do debate nos termos em que ele se deu entre tais autores, mas, ao reconhecer a diversidade de pontos de vista sobre o assunto, dirigir nosso foco de análise para um dos eixos discursivos da política institucional expressa no citado documento Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (Brasil, 2000), conforme análise de discurso realizada por Deslandes (2004). Trata-se do terceiro eixo do programa: "melhoria das condições de trabalho do cuidador".

Aqui é importante frisar que, muito embora esse seja o eixo escolhido, os outros dois – humanização como "não violência" e humanização como "capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento" – estão com ele articulados.

Buscaremos proceder a uma reflexão crítica da noção de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) levando em consideração as contribuições do campo da saúde do trabalhador, tematizando suas implicações para pensar a humanização do cuidado e do trabalho em saúde.

Finalmente, é importante contextualizar a discussão, atentando para uma questão intimamente relacionada à temática deste capítulo: em tempos de reestruturação produtiva neoliberal globalizada, o não-cumprimento de regras de proteção social ao pólo trabalho é um elemento cada vez mais ressaltado pelos estudiosos. Pode-se afirmar que tal realidade é mais presente no setor secundário da economia, mas também é observada no setor de serviços, inclusive de saúde. E, aqui, configura-se uma contradição, particularmente no caso do Sistema Único de Saúde (SUS). No SUS, a flexibilização e a precariedade de direitos não se exprimem no desemprego estrutural, na medida em que tal sistema é um forte indutor de emprego, apesar de uma parte importante da força de trabalho que nele atua – entre 30 e 50% dos empregados – não ser protegida por esses direitos, o que mostra uma realidade perversa criada e sustentada pela administração pública (Nogueira, Baraldi & Rodrigues, 2005) e desconhecida da sociedade.

Qualidade (de Vida) n(d)o Trabalho

QVT é uma terminologia que vem sendo cada vez mais difundida, inclusive no Brasil. Por encerrar certa imprecisão conceitual, dá margem a uma série de abordagens que se confundem com a idéia de qualidade de processo e de produto, em conformidade com o que propõem os programas de qualidade total que hoje norteiam muitas estratégias e práticas empresariais (Rodrigues, 1991).

Se sua origem histórica data do final dos anos 1940, no pós-II Guerra Mundial, como conseqüência da implantação do Plano Marshall na reconstrução da Europa (Vieira, 1993), sua trajetória conceitual tem passado

por vários enfoques que abordam ora aspectos da reação individual ao trabalho e às experiências de trabalho, como nos anos 60, ora aspectos de melhoria das condições e ambientes de trabalho, visando a maior satisfação e produtividade, como nos anos 70 do século XX. Frise-se que, aliada a esta última formulação, a QVT também tem sido vista como um 'movimento', em que termos como 'gerenciamento participativo' e 'democracia industrial' são adotados freqüentemente, como ocorreu em meados dos mesmos anos 70 (Rodrigues, 1991). Por fim, adquire importância como um conceito totalizador, na busca de enfrentar as questões ligadas à produtividade e à competitividade/qualidade, marca dos anos 80, conforme afirma Zavattaro (1999).

A idéia de QVT dialoga com noções como motivação, satisfação, saúde e segurança no trabalho, envolvendo, recentemente, discussões sobre novas formas de organização do trabalho e tecnologias de produção (Sato, 1999).

Do ponto de vista histórico e referencial, interessa discutir aqui a vertente que enfatiza as condições e a organização do trabalho, conforme proposição da Organização Internacional do Trabalho (OIT), a qual lançou e fomentou, a partir de 1976, o desenvolvimento do Programa Internacional para o Melhoramento das Condições e dos Ambientes de Trabalho (Piact) (Mendes, 1988). Trata-se de proposta que pode ser aplicada às mais variadas situações de trabalho e que articula duas

> tendências: uma dirigida ao melhoramento da 'qualidade geral de vida' como uma aspiração básica para a humanidade hoje e que 'não' pode sofrer solução de continuidade no portão da fábrica. (...); a outra, concernente a uma maior *participação dos trabalhadores* nas 'decisões' que diretamente dizem respeito à sua vida profissional. (Mendes, 1988:15, itálico do autor, destaques nossos)

Surgida na esteira da cada vez maior mobilização dos trabalhadores europeus pela ampliação de seus direitos nos locais de trabalho, o que se dá no final dos anos 60 e início dos anos 70 do século XX, o Piact é uma resposta a tais demandas (Parmegianni, 1986). Reflexo disso, na década de 80 consolida-se uma tendência que baseia a QVT na maior participação

do trabalhador, na perspectiva de tornar o trabalho mais humanizado, na qual os trabalhadores são vistos como sujeitos, estando sua realização calcada no desenvolvimento e aprofundamento de suas potencialidades (Malvezzi, 1988).

Como expressão dessas preocupações, o Piact propunha uma estratégia de intervenção sobre o processo de trabalho, ou seja, "a *carga de trabalho*, a duração da jornada, (...), a 'organização e o conteúdo do trabalho' e a escolha da tecnologia" (Mendes, 1988:15, itálico do autor, destaque nosso).

No que se refere ao trabalho em serviços de saúde, entende-se que a idéia de humanização do cuidado, pela melhoria das condições de trabalho de quem cuida, aproxima-se de tal abordagem.

Do que foi até aqui exposto, observa-se que, de certa maneira, ao se falar de QVT formula-se um discurso que remete, num extremo, a mudanças na organização do processo de trabalho, como conseqüência do movimento de qualidade do trabalho ou da democracia industrial adotada nos países escandinavos no início da década de 70 do século XX (Ortsman, 1984).[1] No extremo oposto, trata-se de práticas que muito pouco se preocupam com as condições e organização do trabalho, na medida em que sua vertente 'individualista' apenas incentiva a prática de hábitos de vida saudáveis (Sato, 1999). A propósito disso, Ciborra e Lanzara (1985), assessores de uma central sindical italiana, criticam a noção de qualidade de vida no trabalho e propõem a terminologia "qualidade do trabalho", na medida em que esta procura incluir todas as características de uma certa atividade humana. Segundo tais autores a QVT encerra uma concepção clínica, a qual é voltada para a mudança de hábitos de vida, por isso atribuindo ao próprio trabalhador a responsabilidade de adaptar-se de modo a 'otimizar' sua qualidade de vida e também de trabalho, numa postura que abre caminho para uma velha 'armadilha' ideológica: a culpabilização da vítima pelos incidentes e acidentes no trabalho, a partir do ato inseguro (Lacaz, 1983; Oliveira, 1997).

A idéia de QVT procura amalgamar interesses diversos e contraditórios, presentes nos ambientes, condições e processos de trabalho, seja em empresas públicas ou privadas, interesses estes que não se resumem

aos do capital e do trabalho, mas abarcam também aqueles relativos à esfera subjetiva: desejos, vivências, sentimentos, valores, crenças, bem como interesses econômicos, ideológicos e políticos (Sato, 1999). Ocorre, porém, que a possibilidade de abarcar tal gama de questões e demandas envolve uma rede e um mecanismo complexo de relações, em que o peso específico da atuação dos trabalhadores adquire papel fundamental.

Para Ciborra e Lanzara (1985), são várias as definições do termo. Ele ora se associa às características intrínsecas das tecnologias introduzidas e ao seu impacto, ora aos aspectos econômicos, como o salário, incentivos, abonos, ora a fatores de saúde física e mental e segurança e, em geral, ao bem-estar daqueles que trabalham. Em outros casos, segundo os mesmos autores, considera-se que a QVT é

> determinada por fatores psicológicos como grau de 'criatividade', de 'autonomia', de flexibilidade de que os trabalhadores podem desfrutar ou (...) fatores organizativos e 'políticos' como a quantidade de 'controle pessoal' sobre o posto de trabalho ou a quantidade de 'poder' que os trabalhadores podem exercitar sobre o ambiente circundante a partir de seu posto de trabalho. (Ciborra & Lanzara, 1985:25, destaques nossos)

Verifica-se, pois, que a idéia de QVT é complexa, contraditória e mutante. Pressupõe uma abordagem e um aporte informados tanto pela Saúde Coletiva (SC) como pela clínica, além de poder embutir uma descontextualização e despolitização das relações saúde-trabalho, tão caras e marcantes no discurso da SC.

Do ponto de vista do planejamento do trabalho, a QVT também apresenta nuanças problemáticas, quando envolve questões abstratas, que desconsideram as relações concretas de produção no cotidiano do trabalho dos atores sociais. Assim, conceitualmente, a qualidade do trabalho consubstancia-se, conforme Ciborra e Lanzara (1985:25),

> De um lado por não parecer ser definida a partir de concepções explícitas que os atores da organização têm acerca de sua vida de trabalho, se assume-se que a dimensão 'qualitativa'

do trabalho envolve relações econômicas entre os indivíduos e a empresa, e, de outro, pelos problemas básicos de saúde e segurança do posto de trabalho.

Saúde do Trabalhador e Interfaces com a QVT

Considerando-se a história recente das lutas dos trabalhadores no Brasil, do final dos anos 70 e início dos 80 do último século, verifica-se que a questão da qualidade (de vida) n(d)o trabalho não foi uma bandeira explicitamente colocada, mas sim a da melhoria das condições de trabalho e defesa da saúde como um 'direito' (Ribeiro & Lacaz, 1984; Rebouças et al., 1989; Lacaz, 1996), o que configura um dos pilares da saúde do trabalhador, ao lado do resgate da humanização do trabalho (Laurell & Noriega, 1989).

O campo de práticas e saberes denominado Saúde do Trabalhador (ST) foi construído a partir das formulações da medicina social latino-americana (Laurell, 1985, 1991) e da saúde coletiva (Arouca-Tambellini, 1978; Breilh, 1994; Laurell, 1993).

A trajetória da ST acompanha o processo de industrialização urbano vivido por vários países latino-americanos, como Brasil, Chile, Argentina, México, e se consolida nos anos 70 (Laurell, 1985). Ademais, a ST configura-se como uma outra maneira de abordar as relações entre trabalho e saúde-doença, mediante a valorização do saber e das vivências dos trabalhadores no cotidiano do trabalho, apoiada em uma metodologia que se baseia na máxima "conhecer para transformar" cunhada a partir da experiência das lutas dos operários italianos contra a nocividade do trabalho nos anos 60. Tal experiência ficou conhecida como o "modelo operário italiano" (Oddone et al., 1986; Berlinguer, 1983), o qual teve forte influência no Brasil (Lacaz, 1996).

Com base na matriz marxista de abordagem do trabalho, a categoria central introduzida na análise de tais relações pela ST foi 'processo de trabalho'[2] (Navarro, 1982) e, como parte dele, a noção de organização do trabalho permitiu estudar e explicar a morbidade conseqüente da forma

como este se organiza na indústria pós-fordista e, por afinidade, no setor terciário, de serviços, inclusive os de saúde. Deve-se frisar que tal morbidade é representada pelos transtornos mentais e pelas doenças psicossomáticas e cardiovasculares, cujo nexo com o trabalho é mais complexo, por apresentar inúmeras mediações (Pitta, 1990; Rebouças et al., 1989; Lacaz, 1996).

Como já dito, é a partir da categoria 'processo de trabalho' que se constrói todo o potencial explicativo e de intervenção sobre as relações entre trabalho e saúde-doença introduzido pela abordagem da ST. E é justamente essa categoria, também adotada pela noção de QVT aqui defendida e que envolve a duração da jornada, a organização e o conteúdo do trabalho, das tarefas, a escolha das tecnologias e o controle (Mendes, 1988), que permite apreender as 'interfaces' entre a ST e a QVT.

No que se refere ao trabalho em serviços de saúde, entende-se que a idéia de humanização do cuidado, que passa pela melhoria das condições de trabalho de quem cuida, deve ser apreendida com base nesse referencial. Se, para a ST, o papel dos trabalhadores é protagonista na luta contra a nocividade do trabalho, conclui-se que o controle que eles conquistam, adquirem e exercem sobre o processo de trabalho assume uma característica central.

Assim, percebe-se que dos aspectos que configuram uma interface importante na concretização da qualidade do trabalho, o 'controle', que diz respeito à autonomia e ao poder que os trabalhadores têm sobre os processos de trabalho – neles incluídas questões de saúde, segurança e suas relações com a organização do trabalho –, é elemento explicativo fundamental ou mesmo determinante da qualidade do trabalho dos sujeitos. E eles são o que são. As condições, ambientes e organização dos processos de trabalho devem respeitá-los em sua individualidade. O controle é categoria que tem sido considerada por diversos autores do campo que estuda as relações entre trabalho e saúde-doença como relevante para a compreensão da ocorrência do desgaste, do sofrimento, das doenças e dos acidentes do trabalho.

Na perspectiva da teoria do estresse, Karasek (1979) apresenta o modelo "demanda-controle", em que a análise focaliza, de um lado, as demandas da produção e, de outro, a capacidade de os trabalhadores

interferirem, terem controle sobre elas. Outros estudos em desenvolvimento têm adotado como referencial esse mesmo modelo (Gardell, 1982a; Kristensen, 1995).

Com base na leitura da psicologia social, especialmente pelas representações sociais, o controle é entendido como a possibilidade de os trabalhadores conhecerem o que os incomoda, o que os faz sofrer, adoecer, morrer e acidentar-se, e de interferir no domínio de tal realidade. Controlar as condições e a organização do trabalho implica, portanto, a possibilidade de serem sujeitos na situação. E, entende-se, o exercício do controle tem tanto uma face objetiva (poder e familiaridade com o trabalho) como uma face subjetiva, ou seja, o limite que cada um suporta em relação às exigências do seu trabalho (Sato, 1991).

Tomando-se, então, a noção de controle como central, os problemas afetos à temática da organização – divisão das tarefas, de homens, de tempo e de espaço, conteúdo das tarefas – e do (re)planejamento do trabalho ganham relevância no tratamento produtivo e objetivo da discussão sobre qualidade do trabalho, inclusive nos serviços de saúde. E, aqui, é imperioso discutir como o controle e a disciplina patronal num extremo e, no outro, a gestão participativa como possibilidade de abertura de canais de negociação, diálogo gestores-trabalhadores, sejam do setor público ou privado, dificultam ou ajudam na busca de encaminhamento das contradições e conflitos de interesses. É, pois, equivocado basear a solução dos aspectos que interferem nesta problemática na adoção de medidas de ordem meramente individual, como propõem os programas de QVT hoje difundidos, por serem ineficazes e por terem pressupostos questionáveis, como se procurou argumentar.

Trata-se, portanto, de redirecionar o foco do debate e colocá-lo no âmbito 'coletivo' das relações sociais de trabalho que se estabelecem no processo de produção de bens e serviços, para que fórmulas simplistas não sejam priorizadas quando se objetiva enfrentar a complexidade das questões que envolvem a temática aqui discutida e analisada.

Visando a ampliar o facho de luz sobre tal temática, é esclarecedor atentar para o que observa Cattani (1997) no que diz respeito à autonomia,

ao controle e ao poder dos trabalhadores sobre o processo de trabalho. Aqui é retomada a antiga discussão em torno do que representou a disciplina sobre o tempo disponível e a vida dos operários com o advento da chamada Revolução Industrial na Europa Ocidental, que veio se sofisticando com as mudanças introduzidas a partir das novas formas de organização do trabalho, que se consubstanciam hoje na denominada reestruturação produtiva, sempre visando a cada vez maior produtividade e à competitividade de mercado (Gorender, 1997).

Do simples relógio da fábrica, que regulava a hora de acordar e de dormir da família trabalhadora, ao cronômetro, base da intervenção racional sobre o trabalho construída e difundida por Taylor (1982), houve um disciplinamento e assujeitamento dos sujeitos (Foucault, 1994) que se sofisticaram e se aprofundaram. Ganharam cores mais vivas e constituíram-se nos pilares das propostas de organização e gestão do trabalho ainda sob o taylorismo, posteriormente sob o fordismo e, mais recentemente, sob o modelo japonês ou toyotismo (Antunes, 1995, 1999; Hirata, 1993; Hirata & Zarifian, 1991).

Vários estudos epidemiológicos e qualitativos têm mostrado a importância da falta de controle dos trabalhadores sobre as condições e a organização do trabalho, para explicar diversos problemas de saúde como os já citados e que caracterizam o perfil de adoecimento hoje mais prevalente no mundo do trabalho, seja no setor secundário, seja no terciário: os distúrbios cardiovasculares, gastrintestinais; o sofrimento e as doenças mentais e mesmo os acidentes do trabalho (Karasek et al., 1981; Marmot & Theorell, 1988; Olsen & Kristensen, 1991; Pitta, 1990; Seligmann-Silva, 1997; Vezina, 1988; Wünsch Filho, 1999).

E é considerando todas essas questões que se entende que somente com a participação dos trabalhadores no controle do seu próprio trabalho, elemento central de construção da abordagem da ST, que se efetivará a idéia de Qualidade (de Vida) n(d)o Trabalho.

Humanização do Cuidado e da Atenção no Trabalho em Saúde

Por humanização entende-se, aqui, a busca contínua do conforto físico, psíquico e mental diante das necessidades dos pacientes, de suas famílias, da própria 'equipe de saúde' que os assiste, em conformidade com as relações que se estabelecem.

Particularidades do ambiente de trabalho, dos equipamentos e da organização do trabalho muitas vezes conspiram contra a qualidade do cuidado. Este deve ser visto como um processo de vivências que permeia as atividades desenvolvidas no local de trabalho pelos indivíduos que ali atuam, procurando imprimir ao atendimento dado ao cliente o tratamento de que é merecedor qualquer ser humano (Souza, 2004).

Como afirma Pitta (1990), entre os principais efeitos dessas exigências sobressaem o sofrimento psíquico das equipes hospitalares, que se relaciona nitidamente com elementos da organização do trabalho como as jornadas prolongadas e o ritmo acelerado; a quase inexistência de pausas de descanso ao longo do dia; a intensa responsabilidade relativa a cada procedimento ou tarefa realizada. Sentimentos de frustração, depressão, angústia e perda de confiança advindos dessa realidade contribuem para a insatisfação com o trabalho realizado.

Estudos desenvolvidos por Menzies (1970), por Logeay e Gadbois (1985) e por Libouban (1985) têm a psicanálise como base de entendimento. Em todos eles, o trabalho em saúde, no caso em serviços hospitalares, é analisado quanto às exigências emocionais, principalmente. Lidar com a morte e com o sofrimento do paciente, trabalhar no contexto de unidades de terapia intensiva ou em unidades de queimados são os exemplos mencionados. A questão que se apresenta é como os trabalhadores em saúde, diante dessas situações, lidam com o sofrimento que vivenciam. São, então, descritos mecanismos coletivos de defesa que podem se expressar, por exemplo, quando o profissional procura evitar um contato pessoal com os pacientes, refugiando-se nos procedimentos prescritos. Associar-se-iam a eles regras e valores criados pelos próprios trabalhadores,

que explicariam e definiriam comportamentos adequados e inadequados, cumprindo o papel de uma ideologia da profissão. Alguns desses aspectos são descritos por Souza (2004).

O produto do processo de trabalho no setor de serviços dá-se no momento mesmo em que o processo é desenvolvido, e as incertezas, a relação com as pessoas atendidas, as circunstâncias a cada momento modificadas fazem com que a possibilidade de prescrição das atividades seja limitada, cabendo então aos trabalhadores, no âmbito de cada unidade, criar formas de lidar com os imprevistos, lidar com os esforços e com as necessidades da população. Em função disso, o cotidiano de trabalho é o foco privilegiado para se pensar a articulação entre qualidade do trabalho, saúde no trabalho e humanização do cuidado.

Assim, considerando-se a perspectiva aqui adotada de articular qualidade do trabalho na atenção, saúde no trabalho e humanização do cuidado, o conceito de organização do trabalho (e o controle sobre ela exercido) assume papel central na compreensão das mediações que se estabelecem. O recurso a esse conceito pode permitir que os trabalhadores em saúde superem os sentimentos anteriormente mencionados e que podem se expressar em quadro de morbidade franca.

O Cotidiano de Trabalho: a contínua busca pelo controle

Segundo Tedesco (1999:29),

> O estudo do cotidiano tem como ponto de partida o sujeito enquanto ser particular-individual, suas relações próximas, regulares, intensivas, adesivas, fixas e mutáveis. Porém, não significa que os grandes dispositivos sociais, as macroteorias (sistemas, classes, organizações) (...) não possam se apresentar.

A adoção desse olhar possibilita constatar que os trabalhadores em saúde, no dia-a-dia de trabalho, continuamente tecem o que é de fato a organização de saúde, criando, por assim dizer, um outro organograma, o real. Tal tessitura se constrói mediante trocas simbólicas e materiais.

Assim, compreender como os trabalhadores em saúde efetivamente lidam, a um só tempo, com as necessidades de prestação de serviços, com as exigências do trabalho e com o sofrimento por eles vividos requer que o olhar se volte para os processos que norteiam as interações entre esses trabalhadores. O deslocamento do olhar para o âmbito das interações sociais cotidianas iluminará o contínuo fazer-refazer, planejar-replanejar a que se dedicam não apenas os que são considerados gestores, mas também os diversos trabalhadores em saúde.

Se há um trabalho planejado por outrem, aqueles que o realizam o replanejam. Foi essa constatação que levou à proposição das noções "trabalho prescrito" e "trabalho real" (Daniellou, Laville & Teiger, 1989), em que a atividade individual de trabalho é objeto. Distinção no mesmo sentido, mas agora focalizando os agrupamentos de pessoas, também levou às noções de "grupos formais" e "grupos informais" (Brown, 1979). Os primeiros seriam aqueles formados com base em um organograma definido pelo corpo gerencial, e os grupos informais seriam os que se configuram, espontaneamente, pelos trabalhadores. Tais estudos mostraram, entre outras coisas, que são as interações processadas cotidianamente pelos 'executores' que garantem a consecução dos objetivos antecipadamente definidos em cada processo de trabalho. Sempre haverá algo não previsível que a circunstância exigirá dos 'executores', mais do que a mera execução de procedimentos. É o caso dos serviços de saúde em que, como afirma Merhy (1999:309) "a marca central é entendida como a de ser um processo de produção sempre a operar em alto grau de incerteza". Na maioria das vezes só se percebe a participação desse transbordamento de "trabalho vivo", termo empregado por Merhy (2002), quando ele não se encontra presente, o que ocorre, por exemplo, nas operações-padrão (Frederico, 1979).[3] Transformar o planejado em real exige que sejam mobilizadas qualificações invisíveis, inteligência, capacidade de interpretação, envolvimento, a criação constante de ajustes entre os diversos profissionais de um mesmo setor e entre setores diferentes. Como afirma Clegg (1992:64), "onde existem regras, devem existir reinterpretações (...) As regras não podem jamais fornecer sua própria interpretação". Assim, muito embora

em geral as regras emanem de níveis hierárquicos superiores, aqueles dos quais se espera que as sigam as interpretam para fazer com que o processo de trabalho 'dê certo' e, ao mesmo tempo, se respeitem os limites físicos e psíquicos de cada trabalhador, ou seja, tais interpretações têm como motor importante a necessidade que os trabalhadores têm de controlar seus trabalhos.

É por reconhecer que as organizações não são apenas estruturas, mas também processos cotidianamente conduzidos e construídos, envolvendo trabalhadores alocados em seus diferentes espaços organizacionais, que Lanzara (1985:36) assim escreve:

> Cada teoria de planejamento tem uma idéia própria da figura e da competência do planejador: de um lado o planejador tem um papel de técnico, do analista, do *expert* depositário de um conhecimento especialista, em oposição aos outros atores que intervêm em um processo de planejamento; de outro lado ele é simplesmente qualquer um que participe do processo e esteja em uma condição de condicionar o processo. 'É nessa segunda acepção que deve ser compreendido o planejador': ele é simplesmente um ator social que, com a própria ação, escolhe e influencia com seu discurso a definição e a solução do problema. Pode, então, ser o próprio analista, o que tem o poder de tomar decisão, o gerente ou político, o usuário do projeto, o próprio trabalhador. (destaques nossos)

Desta feita, trabalhar e planejar o trabalho implica interagir com outras pessoas de modo a proceder a 'escolhas organizacionais', que visam, a cada momento, a responder à pergunta: diante da demanda de trabalho que ora se apresenta, como podemos responder-lhe, utilizando tais tecnologias e com o grupo de trabalho ao qual pertenço? A noção de escolha organizacional é apresentada pela Escola Sociotécnica (ES) (Kelly, 1978; Ortsman, 1984), que concebe a existência simultânea de duas dimensões em uma organização qualquer: a social (valores, regras, expectativas, características psicológicas) e a técnica (procedimentos, tarefas, equipamentos) (Kelly, 1978). Diferentemente da Escola Clássica (taylorismo), que concebe a existência de um melhor jeito de fazer (o

trabalho), a ES concebe a existência de diversos racionais possíveis – daí a proposição da noção de escolha organizacional –, sendo aqueles que efetivamente realizam o trabalho os que devem ter voz ativa para proceder às escolhas. Justamente por enfatizar a importância da participação dos trabalhadores, ficou conhecida como Movimento de Democracia Industrial ou Movimento de Qualidade de Vida no Trabalho (Ortsman, 1984). Dessa forma, advoga um desenho organizacional que contemple a possibilidade de os trabalhadores continuamente discutirem o trabalho e procederem às escolhas.

Ao considerar-se, ainda, que tais escolhas ocorrem em contextos de relações de poder, pode-se, então, conceber que elas são processos de negociação conduzidos cotidianamente, em que se toma como objeto o processo de realização do trabalho e o objetivo institucional. Com tal proposição, essa abordagem busca eliminar (ou pelo menos diminuir) o hiato entre o planejado e o real, ou entre o formal e o informal.

No entanto, mesmo num regime em que os preceitos tayloristas continuem a vigorar, como no caso dos serviços de saúde (Campos, 1998), observa-se que os trabalhadores buscam, muito além de executar prescrições, proceder a negociações cotidianas, pois trabalhar

> é se concertar com o outro, é ajustar sua ação à dos outros no espaço e no tempo, é também ser interrompido por acontecimentos urgentes tomando o passo sobre sua própria tarefa, é encontrar, em comum, soluções para um problema, colocar questões, formular as demandas, fornecer explicações. (Lacoste, 1989:208)

Na condução desses processos de negociação a linguagem verbal tem participação importante, pois possibilita argumentar e contra-argumentar favorável e contrariamente às diversas possibilidades de realização do trabalho.

Se tais negociações cotidianas buscam dar conta do processo de trabalho com vistas ao atendimento da clientela, elas, ao mesmo tempo, visam a conformar o mesmo processo de trabalho com vistas à saúde dos trabalhadores (em saúde); ou seja, visam também a evitar o sofrimento, os

esforços, os acidentes e, conforme proposto por Schilling (1984), as doenças relacionadas ao trabalho. Assim, recuperando a importância de se compreender a qualidade do trabalho em relação à ampliação do controle e da autonomia dos trabalhadores, essas negociações cotidianas tomam por referência os próprios limites subjetivos (Sato, 1991).

Muitas vezes essas negociações cotidianas reclamam existência mediante astúcias e táticas que 'arrancam à força', do espaço privado, o espaço público (Sato, 2002). E a privatização do espaço pode ser construída não apenas pela linha de mando prevista no organograma oficial da organização, mas por corporações que ali estão presentes, fatores estes relacionados às dificuldades enfrentadas em iniciativas de implementação de "modelos de gestão democráticos e participativos" em serviços de saúde no Brasil, como mostrou Cecílio (1999).

No dia-a-dia de trabalho criam-se então, de modo tático e astucioso, microespaços coletivos de negociação em que as escolhas organizacionais são feitas e as reflexões sobre o trabalho podem ter lugar de expressão.[4] A necessidade de se reconhecer a existência de micronegociações torna-se ainda mais relevante quando se discute o trabalho no setor de serviços (saúde, educação, assistência social, transporte). Diferentemente do que ocorre no trabalho industrial, no qual os momentos da produção e do consumo são distintos e o objeto de trabalho é uma matéria, no setor terciário aqueles momentos dão-se simultaneamente e, neles, cuida-se de pessoas.[5] Disso decorrem pelo menos duas condições que exigem a necessidade de reconhecer e atribuir *status* de 'realidade' às micronegociações. Em primeiro lugar, os imprevistos, a necessidade de adaptar técnicas e procedimentos padronizados a cada nova circunstância é bastante evidente; pessoas interrogam-se, têm necessidades e valores. Em segundo lugar, a interação construída com a clientela também desempenha papel preponderante na condução dos processos de trabalho, por suscitar sentimentos e levar à constante confrontação com valores e limites individuais.

A separação entre a técnica e a tecnologia de um lado e o social, o cultural, o psicológico e o subjetivo de outro é uma falsa divisão. Todo

processo de trabalho envolve a dimensão técnica e social, como já argumentou a Escola Sociotécnica. Por vezes, como fruto dessas micronegociações, novos procedimentos, novas técnicas e até instrumentos são criados. Ao mesmo tempo, é também no âmbito dessas micronegociações que valores e representações são questionados e modificados.

É importante, então, notar que as negociações cotidianamente conduzidas levam em conta dois níveis de realidade: o das finalidades das organizações e o das necessidades sentidas de conforto, segurança e saúde dos trabalhadores em saúde. É por meio delas que, diariamente, os trabalhadores buscam alcançar o controle sobre o trabalho.

Perfil Patológico e Qualidade do Trabalho

Melhorar a qualidade das condições de saúde no trabalho com base no enfoque anteriormente discutido implica identificar os problemas em cada situação, com a 'participação' efetiva dos sujeitos do processo de trabalho, e replanejá-lo, o que envolve sempre um processo de negociação (Laurell & Noriega, 1989). Não há apenas um modo 'racional' de fazer o trabalho, há diversos. Diante disso, como afirma Onocko-Campos (2003), não é apenas aos gestores que deve caber pensar e replanejar. Nesses processos devem estar envolvidos também os trabalhadores, para que, no limite, se desfaça a separação, advinda da administração racional, entre o planejamento e a execução de qualquer trabalho (Laurell & Noriega, 1989; Sato, 1999).

Conforme afirma Dejours (1987), o trabalho prazeroso é aquele em que cabe ao trabalhador uma parte importante da concepção. Assim, a inventividade, a criatividade, a capacidade de solucionar problemas e o emprego da inteligência é o que deve ser buscado, e é disto que fala De Masi (1999) quando estuda as principais experiências criativas de trabalho entre meados do século XIX e do século XX, tanto em empresas como em instituições de pesquisa e produção de conhecimento.

Se, sob o taylorismo e o fordismo, os indicadores sanitários mais diretos da nocividade e exploração da força de trabalho estavam relacionados aos acidentes típicos e às doenças características dos efeitos das matérias

e 'agentes de risco' existentes nos ambientes de trabalho onde se dava a transformação industrial – as chamadas doenças ocupacionais –, a eles também se associa uma maneira de compreender os agravos à saúde relacionados ao trabalho. Ela é fundamentada na medicina legal e na higiene do trabalho e industrial, para as quais os riscos ocupacionais eram vistos como infortúnios do trabalho, noção que aliava a fatalidade a uma certa 'suscetibilidade' individual para a ocorrência de tais agravos (Barreto, 1929; Bertolli Filho, 1992/93; Mendes, 1995). A medicina do trabalho e depois a saúde ocupacional caminharam nessa trilha ao vincularem, de modo redutor, sua forma de analisar o adoecer e o morrer, em conseqüência do trabalho, relacionando-os aos agentes patogênicos de natureza física, química, biológica dos ambientes de trabalho onde o trabalhador (e hospedeiro) interage com eles, como um ator externo e passivo à sua configuração (Mendes, 1980). Com isso, o perfil de adoecimento encontrava-se circunscrito às doenças e acidentes ocupacionais 'puros', isto é, não se concebia que os trabalhadores adoecem e morrem de forma compartilhada e semelhante ao que ocorre com a população geral, em função de sua inserção em processos de trabalho que se modificam ao longo do tempo dentro do mesmo modo de produção (Lacaz, 1996).

As mudanças que ocorrem nos processos de trabalho determinam formas de adoecimento e morte que devem ser analisadas historicamente para que se compreendam os modos como as transformações do trabalho atuam na determinação do processo saúde-doença (Laurell, 1982).

Sob o taylorismo/fordismo, o grau de automação do trabalho, associado a mudanças importantes na forma de organização da jornada, como o regime de turnos alternantes, produz uma mudança no perfil da morbimortalidade que se associa, no final dos anos 60, ao aumento do absenteísmo, da insatisfação no trabalho, das 'operações-tartaruga' como maneiras de resistência ao controle fordista que são sinais dos limites desta forma de gestão, divisão e organização do trabalho (Frederico, 1979).

Conforme ainda assinala Dejours (1987), é na organização do trabalho, que implica a divisão de tarefas, a delimitação das relações sociais de trabalho, que se devem buscar as restrições para a livre manifestação

da saúde mental. Ocorre, porém, que no Brasil há controvérsias sobre se o modelo adotado visando à busca do padrão japonês de produção como paradigma de flexibilização produtiva, da inovação na organização do trabalho, foi acompanhado do fim da divisão do trabalho e do relacionamento autoritário na empresa (Monteiro, 1995).

Tal transição ou reestruturação produtiva, que engloba a questão da qualidade, tem sido conceituada como um processo que busca compatibilizar uma série de mudanças organizacionais nas relações de trabalho, implicando uma nova definição de papéis das nações e entidades do sistema financeiro, para garantir a competitividade e a lucratividade nas quais as novas tecnologias têm um papel central. Origina-se no final dos anos 60 e início dos 70 do último século, quando se evidenciam os limites do regime de acumulação baseado no taylorismo/fordismo até então hegemônico como forma de organização do trabalho na indústria (Correa, 1997).

Quanto ao trabalho no setor de serviços, ainda são muito escassos os estudos que tratam da influência da reestruturação produtiva, apesar de serem cada vez mais comuns a terceirização de atividades-fim nos serviços de saúde e a busca da qualidade total, por exemplo.

É mister ainda ressaltar que com o aprofundamento da automação e avanço das novas tecnologias de informática que passam a definir os níveis da produção a ser alcançada, houve uma clara sofisticação do disciplinamento da força de trabalho, a qual veio acompanhada de uma dissimulação do controle, sob o manto da idéia da qualidade e da competitividade. Tais mudanças na organização do trabalho levam ao abandono relativo das idéias de tarefas e postos de trabalho, tão caras à organização taylorista/fordista. Daí decorrem os variados modos de polivalência, a articulação das atividades de operação, controle de qualidade e manutenção (Salerno, 1994).

No caso dos serviços de saúde, a proposta de gestão participativa tem enfrentado resistências por parte de algumas categorias profissionais, como médicos e enfermeiros (Cecílio, 1999). Por outro lado, a criação de momentos e espaços para refletir coletivamente sobre o trabalho é algo que vai ao encontro da maior apropriação reflexiva dos trabalhadores sobre

seu trabalho, o que é dificultado, no caso da atividade em saúde, pelo ritmo rápido, ao que se somam a alta rotatividade, os turnos rotativos, as ausências de pausas, os plantões (Onocko-Campos, 2003).

Elemento também importante na gestão participativa é a possibilidade de organização dos trabalhadores nos locais de trabalho. O seu exercício, tanto no setor público como no privado, deveria ser fator norteador das relações de trabalho como aspecto fundamental na implementação de estratégias negociais (Rodrigues, 1995).

Na falta dos elementos anteriormente apontados, pode-se afirmar que esta 'nova' empresa incorpora exigências contraditórias no que se refere à saúde, tais como: maior intensidade do ritmo; maior controle e conhecimento do trabalho; polivalência; criatividade; maior liberdade de ação e critérios claros de avaliação, o que também vem sendo incorporado aos serviços de saúde. Tais contradições, do ponto de vista da saúde dos trabalhadores, se expressam num quadro de queixas no qual predominam o mal-estar difuso, como dores de cabeça e nas costas, dificuldade de dormir, cansaço que não melhora com o descanso, que tanto ocorre nas fábricas como nos serviços de saúde (Monteiro, 1995; Pitta, 1990).

Do ponto de vista sanitário, essa realidade contraditória traz consigo um novo perfil de morbimortalidade dos trabalhadores. Além das doenças e acidentes associados à organização taylorista/fordista, hoje se agrega a tendência de mudança deste perfil, em que predominam doenças 'não' reconhecidas como do trabalho (Lacaz, 1996).

Se, como já foi dito, a reestruturação exige o surgimento de um trabalhador participativo, escolarizado e polivalente, esta polivalência é vivenciada de forma ambígua, ou seja, como 'aumento' de responsabilidade, 'maior' carga de trabalho e 'menor' autonomia (Monteiro, 1995).

Em busca da meta "modernizar ou perecer", fala-se em implemento da produtividade, que não se dá pelo aumento da produção por trabalhador em conseqüência de mudanças tecnológicas, mas sim pela 'intensificação' do trabalho reorganizado. É o que acontece, por exemplo, nas empresas que modernizam a tecnologia de certos momentos produtivos e terceirizam

outros, o que provoca a perda de postos de trabalho, estratégia muito comum em empresas montadoras (Laurell, 1991; Villegas et al., 1997).

Assim, um novo perfil patológico configura-se, caracterizado pela maior prevalência, na população trabalhadora, de agravos à saúde caracterizados pelas doenças crônicas, cujo nexo causal com o trabalho não é mais tão evidente, como ocorria no caso das doenças (e acidentes) classicamente a ele relacionadas, os chamados infortúnios do trabalho. Proliferam então as doenças cardiovasculares, gastrocólicas, psicossomáticas, os cânceres, a morbidade músculo-esquelética expressa nas lesões por esforços repetitivos (LERs), às quais se somam o desgaste mental e físico patológicos e mesmo as mortes por excesso de trabalho (*karoshi*) e as doenças psicoafetivas (National Defense Counsel for Victims of Karoshi, 1990; Gorender, 1997; Pitta, 1990). Tais agravos são os 'indicadores' mais apropriados, nos dias que correm, para expressar o grau em que as condições, ambientes e organização do trabalho realmente estão enquadrados em padrões de qualidade do trabalho que incorporem os aspectos relacionados ao controle e ao poder aqui discutidos.

Assim, nesse quadro, a morbimortalidade 'tendencial' da população trabalhadora indica uma prevalência cada vez mais freqüente de agravos caracterizados por um mal-estar difuso (Pitta, 1990; Seligmann-Silva, 1997) e por doenças que ocorrem na população geral, mas que entre os trabalhadores passam a ocorrer em faixa etária mais precoce quando comparada com aquela população.

Diante disso, é imperioso que a discussão sobre qualidade do trabalho esteja apoiada em uma base que leve em conta esta nova realidade, para que indicadores sanitários mais adequados à sua análise sejam pensados.

Considerações Finais

Pode-se afirmar que a temática da QVT assume maior relevância nos anos 70 do século XX, quando se dá um esgotamento da organização do trabalho de corte taylorista/fordista, ao qual se associa um aumento do absenteísmo, da insatisfação no trabalho, da falta de adesão dos trabalhadores às metas definidas pela gerência.

Apesar dos vários enfoques que vai assumindo a QVT, interessou ressaltar que para a OIT a temática é expressa no Piact, lançado em 1976, procurando articular duas vertentes: uma relacionada à melhoria da qualidade geral de vida como aspiração humana e que não poderia ser barrada no cotidiano de trabalho; outra relativa à maior participação dos trabalhadores nas decisões que dizem respeito diretamente à sua vida e atividade. Assim, a saúde e a qualidade do trabalho, termo considerado mais apropriado, conforme se procurou aqui mostrar, não podem ser negociadas como mais um mero elemento da produção. Tal abordagem visa a superar a prevenção dos acidentes e doenças considerados 'diretamente' ligados ao trabalho, priorizando a busca de outros nexos saúde-trabalho, para além da causalidade direta. São os agravos à saúde relacionados ao trabalho conforme propõe Schilling (1984) que também ocorrem na população geral, mas na trabalhadora assumem um perfil patológico diferenciado, em termos de faixa etária de ocorrência.

A postura da OIT também é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que no ano de 1979 advoga a estratégia do desenvolvimento de programas especiais de atenção à saúde dos trabalhadores, visando a promover melhorias nas condições da qualidade de vida e trabalho nos países em desenvolvimento (Lacaz, 1996).

A idéia de qualidade do trabalho aqui advogada envolve questões intrinsecamente ligadas à criatividade, à autonomia, ao grau de controle e à quantidade de poder dos trabalhadores sobre os processos de trabalho (Laurell & Noriega, 1989). Daí decorre a necessidade de que se conquiste um (re)planejamento do trabalho em que a gestão participativa seja real, com canais concretos e coletivos de negociação, visando à resolução dos conflitos de interesses, com a superação de uma gestão participativa de caráter patronal, episódica e reversível, porque acompanhada da intensificação, da precarização do trabalho e dos contratos e direitos trabalhistas e que, no caso dos serviços de saúde, não se preocupa com os vários poderes existentes nas equipes de saúde (Cecílio, 1999).

Ademais, como dito aqui, cotidianamente são processadas micronegociações que visam ao contínuo replanejamento do trabalho.

Tratar-se-ia, então, de reconhecer essa realidade e potencializar seu alcance adotando-se a negociação em múltiplos níveis, como proposto por Gardell (1982b).

Mesmo tendo como referencial muitas vezes o trabalho industrial, do seu estudo podem-se extrair ensinamentos a serem adotados na análise do trabalho no setor de serviços, nele incluídos os de saúde.

Urge, portanto, um debate que tenha como centro a questão da organização dos trabalhadores a partir dos locais de trabalho, de modo a possibilitar uma discussão das demandas de forma democrática e igualitária, visando a submeter as questões ligadas à competitividade, produtividade e qualidade do produto e dos serviços à lógica da qualidade do trabalho e da defesa da saúde no trabalho (Lacaz, 2000), no enfoque aqui discutido. Daí ser necessária a utilização de outros indicadores sanitários que melhor espelhem as maneiras atuais de consumo da força de trabalho.

Os estudos existentes, em sua maioria, se voltam para as situações do trabalho industrial. Nos serviços de saúde, trabalhos como os de Pitta (1990) sugerem o mesmo perfil de morbidade, o que pressupõe uma realidade em que a organização do trabalho também escapa ao controle dos trabalhadores. E, quando se fala dos serviços públicos de saúde, particularmente os da rede do SUS, um elemento adicional aparece, que é a possibilidade de participação da clientela organizada nos Conselhos Gestores, na perspectiva do exercício do controle social. Se tal exercício, uma vez bem orientado, deve apoiar a melhoria da assistência em saúde, numa ação conjunta e sinérgica entre trabalhadores da saúde e população usuária, muitas vezes pode desviar-se desse rumo e assumir um caráter policialesco da parte dos usuários, tornando-se mais um fator de tensão e conflito nos locais de trabalho.

Assim, pensar a interface entre humanização e qualidade do trabalho em saúde é também refletir sobre o *ethos* do trabalho, ou seja, seu caráter emancipador e humanizador (Mendes, 1995), o que só se poderá realizar se os trabalhadores tiverem capacidade de exercer a cidadania nos locais de trabalho. Isso envolve canais permeáveis de negociação, possibilidade de

autonomia, controle e participação nas decisões sobre a organização dos processos de trabalho, sem desconsiderar a atribuição dos serviços de saúde e respeitando os interesses legítimos da clientela usuária pela qualidade do modelo de assistência (Campos, 1998). Ou seja, democracia participativa real, algo que ainda está longe de ocorrer na cultura da maioria das organizações na sociedade brasileira, como demonstra Cattani (1997), inclusive de saúde, acrescente-se.

É necessário ainda esclarecer que instituições de saúde como as unidades de atenção básica e especialmente os hospitais apresentam uma lógica de produção dos serviços que se aproxima daquela do trabalho fabril, o que abriria espaço para mudanças estruturais da sua reorganização, à semelhança das reivindicadas pelos trabalhadores do 'chão de fábrica', buscando superar, entre outros aspectos, a alienação em relação ao seu trabalho, também verificada entre os trabalhadores da saúde (Campos, 1998).

O que se procurou mostrar aqui é que o trabalho deve ser analisado segundo suas condições, processos e organização (Navarro, 1982), abordagem que pode, quando se trata do trabalho em saúde, trazer elementos para o debate da qualidade da assistência. Assim, a discussão sobre a humanização dos serviços de saúde implica a conquista, pelos trabalhadores, de adequadas e saudáveis condições, ambientes, processos (e organização) do trabalho, o que envolve autonomia e participação no controle dos processos de trabalho em saúde, criação de vínculos e responsabilidades. Isso implica, ainda, o fato de terem suas vozes ouvidas pela administração, como parte de uma relação dialógica, já que o aprofundamento do 'processo comunicacional' poderia mitigar o desgaste e o sofrimento mental observado nos trabalhadores em saúde (Deslandes, 2004).

A esta temática se soma a da qualidade de vida, tema em que, em geral, se atribui pouca importância à participação dos próprios trabalhadores na gestão e organização do trabalho, como se procurou mostrar com a argumentação aqui desenvolvida.

É na interface entre a humanização da assistência e a qualidade (de vida) do trabalho em saúde – mediada pela democratização da gestão e do poder, que permitiria ao trabalhador coletivo expressar-se, ter controle sobre

seu próprio trabalho, diálogo com os níveis hierárquicos e, como conseqüência, auto-realização, compromisso com a clientela e abertura para a avaliação de suas atividades (Campos, 1998) – que se situa o ponto nevrálgico da melhoria do trabalho do cuidador em saúde, conforme assinalado por Lacaz (2000) em relação ao trabalho em geral.

Notas

[1] Essa vertente será discutida mais detalhadamente no item 'O cotidiano de trabalho: a contínua busca de controle'.

[2] Entende-se, aqui, por processo de trabalho 'em saúde' a abordagem "que tem como objeto o processo saúde/doença tanto em sua dimensão individual como coletiva, caracterizando seus sujeitos, meios de trabalho, formas de organização das relações técnicas e sociais e seu conteúdo técnico e socialmente determinado" (Mendes, 1993:180).

[3] Ver a esse respeito Frederico (1979), que relata as diversas formas de resistência coletiva dos operários de montadoras. A operação-padrão consiste em seguir rigidamente as prescrições de trabalho da gerência.

[4] Onocko-Campos (2003) refere-se à importância de que se criem "espaços de encontro e reflexão" sobre o trabalho, de modo a repensar as práticas de saúde.

[5] Pires (1999:32) observa que o processo de trabalho dos trabalhadores de saúde objetiva a "ação terapêutica" e atua sobre indivíduos ou grupos, sadios ou doentes, tendo como produto final "a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no 'mesmo' momento em que é consumida" (destaque nosso).

Referências Bibliográficas

ANTUNES, R. *Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo, Campinas: Cortez, Editora da Unicamp, 1995.

ANTUNES, R. *Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.

AROUCA-TAMBELLINI, A. T. O trabalho e a doença. In: GUIMARÃES, R. (Org.) *Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

AYRES, J. R. C. M. Humanização da assistência hospitalar e cuidado como categoria reconstrutiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):15-17, 2004.

BARRETO, J. B. Prevenção de acidentes de trabalho. *Archivos de Hygiene*, 2:342-364, 1929.

BERLINGUER, G. *Saúde nas Fábricas*. São Paulo: Cebes, Hucitec, 1983.

BERTOLLI FILHO, C. Medicina e trabalho: as "Ciências do Comportamento" na década de 40. *Revista de História*, 127-128:37-51, 1992/93.

BOARETTO, C. Humanização da assistência hospitalar: o dia-a-dia da prática dos serviços. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):20-22, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. (Mimeo.)

BREILH, J. *Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigació: guia pedagógica para un taller de metodologia - Epidemiologia del trabajo*. Quito: Ceas, 1994.

BROWN, J. A. C. *Psicologia Social da Indústria*. São Paulo: Atlas, 1979.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(4):863-870, 1998.

CATTANI, A. D. Ação sindical em face da automação: autonomia e gestão participativa. In: CATTANI, A. D. (Org.) *Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico*. Petrópolis, Porto Alegre: Vozes, Ed. Universidade, 1997.

CECÍLIO, L. Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):315-329, 1999.

CIBORRA, C. & LANZARA, G. F. (Orgs.) *Progettazione delle Tecnologie e Qualità del Lavoro*. Milano: Franco Angeli Editore, 1985.

CLEGG, S. Poder, linguagem e ação nas organizações. In: CHANLAT, J. E. (Org.) *O Indivíduo na Organização: dimensões esquecidas*. São Paulo: Atlas, 1992.

CORREA, M. B. Reestruturação produtiva e industrial. In: CATTANI, A. D. (Org.) *Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico*. Petrópolis, Porto Alegre: Vozes, Ed. Universidade, 1997.

DANIELLOU, F.; LAVILLE, A. & TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 17:7-13, 1989.

DE MASI, D. (Org.) *A Emoção e a Regra: os grupos criativos na Europa de 1850 a 1950*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999.

DEJOURS, C. *A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Oboré, 1987.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):7-14, 2004.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: o nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1994.

FREDERICO, C. *Consciência Operária no Brasil: estudo de um grupo de trabalhadores*. São Paulo: Ática, 1979.

GARDELL, B. Scandinavian research on stress in working life. *International Journal of Health Services*, 12(1):31-41, 1982a.

GARDELL, B. Worker participation and autonomy: a multilevel approach to democracy at the workplace. *International Journal of Health Services*, 12(1):527-558, 1982b.

GORENDER, J. Globalização, tecnologia e relações de trabalho. *Estudos Avançados*, 29(11):311-361, 1997.

HIRATA, H. (Org.) *Sobre o "Modelo" Japonês: automatização, novas formas de organização e de relações de trabalho*. São Paulo: Edusp, 1993.

HIRATA, H. & ZARIFIAN, P. Força e fragilidade do modelo japonês. *Estudos Avançados*, 12(5):173-184, 1991.

KARASEK, R. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job design. *Administrative Science Quarterly*, 24:285-308, 1979.

KARASEK, R. et al. Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *American Journal of Public Health*, 71(7):694-705, 1981.

KELLY, J. E. A reappraisal of sociotechnical systems theory. *Human Relations*, 31:1.069-1.099, 1978.

KRISTENSEN, T. S. Demand-control-support model: methodological challenges of future research. *Stress Medicine*, 11:17-26, 1995.

LACAZ, F. A. C. *Saúde no trabalho*, 1983. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

LACAZ, F. A. C. *Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*, 1996. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):151-161, 2000.

LACOSTE, M. Langage et situation de travail. In: BOUTET, J. (Dir.) *Paroles au Travail*. Paris: L'Harmattan, 1989.

LANZARA, G. F. La progetazzione: da analisi funzionale ad attività dialogica-discursiva. In: CIBORRA, C. & LANZARA, G. F. (Orgs.) *Progettazione delle Tecnologie e Qualità del Lavoro*. Milano: Franco Angeli Editore, 1985.

LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 1(2):6-27, 1982.

LAURELL, A. C. Saúde e trabalho: os enfoques teóricos. In: NUNES, E. D. (Org.) *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1985.

LAURELL, A. C. Trabajo y salud: estado del conocimiento. In: FRANCO, S. et al. (Orgs.) *Debates en Medicina Social*. Quito: Organização Pan-Americana da Saúde, Associação Latino-Americana de Medicina Social, 1991.

LAURELL, A. C. (Coord.) *Para la Investigación sobre la Salud de los Trabajadores*. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 1993.

LAURELL, A. C. & NORIEGA, M. *Processo de Produção e Saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Cebes, Hucitec, 1989.

LIBOUBAN, C. Un aspect nouveau de la charge de travail: la "charge psychique". In: DEJOURS, C.; VEIL, C. & WISNER, A. (Dirs.) *Psychopathologie du Travail*. Paris: Entreprise Moderne d'Édition, 1985.

LOGEAY, P. & GADBOIS, C. L'agression psychique de la mort dans le travail infirmier. In: DEJOURS, C.; VEIL, C. & WISNER, A. (Dirs.) *Psychopathologie du Travail*. Paris: Entreprise Moderne d'Édition, 1985.

MALVEZZI, S. *The man-work relationship and organizational change: an approach to humanization of work*, 1988. Tese de Doutorado, Lancaster: Universidade de Lancaster, Lancaster.

MARMOT, M. & THEORELL, T. Social class and cardiovascular disease: the contribution of work. *International Journal of Healt* Services, 18(4):659-674, 1988.

MENDES, E. V. et al. Distritos sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, E. V. (Org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1993.

MENDES, R. (Org.) *Medicina do Trabalho: doenças profissionais*. São Paulo: Sarvier, 1980.

MENDES, R. Subsídios para um debate em torno da revisão atual do modelo de organização da Saúde Ocupacional no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 16(64):7-25, 1988.

MENDES, R. (Org.) *Patologia do Trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

MENZIES, I. O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade. s. l.: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, 1970. (Mimeo.)

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):305-314, 1999.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):17-20, 2004.

MONTEIRO, M. S. *Gestão participativa no trabalho e saúde: um estudo de caso*, 1995. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

NATIONAL DEFENSE COUNSEL FOR VICTIMS OF KAROSHI. *Karoshi: when the "Corporate Warrior" dies*. Tokyo: Mado-Sha, 1990.

NAVARRO, V. The labour process and health: a historical materialist interpretation. *International Journal Health Services*, 12(1):5-29, 1982.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S. & RODRIGUES, V. A. *Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública*. Brasília: s. n., 2005. (Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises, 2)

ODDONE, I. et al. *A Luta dos Trabalhadores pela Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1986.

OLIVEIRA, F. *A construção social dos discursos sobre os acidentes de trabalho*, 1997. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

OLSEN, O. & KRISTENSEN, T. S. Impact of work environment on cardiovascular diseases in Denmark. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 45:4-10, 1991.

ONOCKO-CAMPOS, R. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. *Saúde em Debate*, 27(64):123-130, 2003.

ONOCKO-CAMPOS, R. Mudando os processos de subjetivação em prol da humanização da assistência. *Ciência & Saúde Coletiva*, (1):23-25, 2004.

ORTSMAN, O. *Mudar o Trabalho: as experiências, os métodos, as condições de experimentação social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkain, 1984.

PARMEGIANNI, L. Occupational health services in 1984: a prospective model. *American Journal Industrial Medicine*, 7:91-92, 1986.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.) *Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 1990.

REBOUÇAS, A. J. A. et al. *Insalubridade: morte lenta no trabalho*. São Paulo: Diesat, Oboré, 1989.

RIBEIRO, H. P. & LACAZ, F. A. C. (Orgs.) *De que Adoecem e Morrem os Trabalhadores*. São Paulo: Imesp, Diesat, 1984.

RODRIGUES, I. J. O sindicalismo brasileiro da confrontação à cooperação conflitiva. *São Paulo em Perspectiva*, 9(3):116-26, 1995.

RODRIGUES, M. C. V. *Qualidade de Vida no Trabalho: evolução e análise no nível gerencial*. Fortaleza: Fundação Edson Queirós, 1991.

SALERNO, M. S. Trabalho e organização na empresa industrial integrada e flexível. In: FERRETTI, C. (Org.) *Novas Tecnologias, Trabalho e Educação*. Petrópolis: Vozes, 1994.

SATO, L. *Abordagem psicossocial do trabalho penoso: estudo de caso de motoristas de ônibus urbano*, 1991. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

SATO, L. *Qualidade de Vida*. s. l.: s. n., 1999. (Mimeo.)

SATO, L. Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5):1.147-1.166, 2002.

SCHILLING, R. S. F. More effective prevention in occupational health practice? *Journal of Social Occupational Medicine*, 34:71-79, 1984.

SELIGMANN-SILVA, E. Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(supl.2):95-110, 1997.

SOUZA, R. P. de. *Humanização em Cuidados Intensivos*. Rio de Janeiro: Revinter Ltda., 2004.

TAYLOR, F. W. *Princípios de Administração Científica*. São Paulo: Atlas, 1982.

TEDESCO, J. C. *Paradigmas do Cotidiano: introdução à constituição de um campo de análise social*. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 1999.

VEZINA, M. Work-related psychological disorders: alternative approaches. Québec: s. n., 1988. (Mimeo.)

VIEIRA, D. F. V. B. *Qualidade de Vida no Trabalho dos Enfermeiros em Hospital de Ensino*, 1993. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Faculdade de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

VILLEGAS, J. et al. Trabajo y salud en la industria maquiladora mexicana: uma tendencia dominante en el neoliberalismo dominado. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(supl.2):123-134, 1997.

WÜNSCH FILHO, V. Reestruturação produtiva e acidentes do trabalho no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(3):41-51, 1999.

ZAVATTARO, H. A. *A qualidade de vida no trabalho de profissionais da área de informática*: u*m estudo exploratório*, 1999. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

5 Oficinas de Humanização: fundamentação teórica e descrição de uma experiência com um grupo de profissionais da saúde

Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins

A Atividade Assistencial do Profissional da Saúde

O profissional da saúde que desenvolve atividade assistencial (médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta, odontólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, assistente social e outros), além das ações e procedimentos técnicos ligados à sua área específica, estabelece sempre relações interpessoais com as pessoas que atende. Seu trabalho depende, portanto, da qualidade técnica e da qualidade interacional. Assim como a preocupação com a qualidade técnica faz com que, em cada área, se desenvolvam temas específicos, que fazem parte do que chamamos de 'conhecimentos' e 'habilidades' relativos à área técnica, a abordagem da qualidade interacional também torna necessário o estudo de vários temas teóricos e a reflexão sobre o desenvolvimento de 'atitudes'.[1]

Bleger (1979), em obra clássica que teve grande influência na formação de psicólogos brasileiros no tocante a atividades institucionais, já dizia que a atividade assistencial não pode se ocupar de seres humanos como se não o fossem. Seres humanos são tanto os pacientes como os profissionais, ou seja, ambos têm necessidades, desejos, medos, carências. Assim, o autor se opunha à ilusão de que uma tarefa é mais bem realizada

quando são excluídos os chamados fatores subjetivos e ela é considerada apenas objetivamente. Afirmava, assim, que o mais alto grau de eficiência em uma tarefa é obtido quando a ela se incorpora sistematicamente o ser humano total.

No âmbito do humano, portanto, alcança-se maior objetividade incorporando-se os fatores subjetivos, quer dizer, tomando-se as coisas tal como acontecem, para entendê-las e poder fazer com que aconteçam da melhor maneira. Essa é a forma de evitar a atividade desumanizada e desumanizante.

As reflexões sobre a tarefa assistencial conduzem também ao campo ético. A questão ética surge quando alguém se preocupa com as conseqüências que sua conduta tem sobre o outro (Rego & Schramm, 1999). Para que haja preocupação ética, é preciso ver (perceber) o outro. E se para a assistência discriminada (personalizada) também é preciso ver (perceber) o outro, conclui-se que assistência humanizada e preocupação ética caminham juntas.

Uma das contribuições mais significativas para o entendimento do contexto interpessoal, interacional, relacional é o estudo da intimidade da relação profissional-paciente. As angústias ligadas ao adoecer são parte integrante dessa relação, que é o campo dinâmico que se estabelece entre o paciente e aquele que o assiste.

Para uma avaliação da complexidade da tarefa assistencial, lembramos aqui Ferrari, Luchina e Luchina (1979), autores que tiveram enorme importância na formação de profissionais da saúde mental em hospitais, principalmente no tocante à atividade de interconsulta em saúde mental. Definem que, na assistência, em especial naquela realizada em instituições, deve-se levar em conta que: o paciente está inserido em um contexto pessoal, familiar e social complexo; a assistência deve efetuar uma leitura das necessidades pessoais e sociais do paciente; na instituição interatuam as necessidades de quem assiste e de quem é assistido.

Em nosso meio, as necessidades pessoais e sociais do paciente são, especialmente nos serviços públicos, fonte de angústia e de confusão para os profissionais, que habitualmente terminam por considerar esses

elementos (tanto o contexto psicossocial do paciente como os sentimentos do profissional) como complicações que atrapalham o raciocínio técnico (o diagnóstico, a terapêutica). Uma das causas desse fenômeno é a formação dos profissionais da saúde que, enquanto restrita ao modelo biomédico, encontra-se impossibilitada de considerar a experiência do sofrimento como integrante da sua relação profissional (Caprara & Franco, 1999); a questão que se coloca diz respeito não à validade do modelo biomédico, mas sim à possibilidade ou impossibilidade de considerá-lo como suficiente para a formação integral daqueles que pretendem trabalhar com seres humanos. Sabe-se da fundamental importância de que o profissional da saúde incorpore o aprendizado e o aprimoramento dos aspectos interpessoais da tarefa assistencial, conhecendo os fenômenos psicológicos que nela atuam. Isso não significa que ele tenha que se transformar em psicólogo ou psicoterapeuta, mas que, além do suporte técnico-diagnóstico, utilize e desenvolva a sensibilidade, para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem sua aceitação e compreensão da doença. A adesão ao tratamento é altamente influenciada pela relação que se estabelece entre o profissional e o paciente. Balint (1988) já dizia que, nos casos de necessidade de medicação, por exemplo, o paciente "toma o remédio" e "toma, junto, a figura de quem receitou, recomendou, forneceu". É importante, pois, ressaltar que não é somente a figura do médico que tem importância; quanto à medicação, aquele que a fornece e que orienta sobre seu uso tem papel relevante na aceitação e adesão do paciente; por isso há uma tendência atual dos profissionais de farmácia a implementar a Atenção Farmacêutica,[2] isto é, a assistência ao paciente que leva em conta tanto o ponto de vista técnico como o aspecto interacional (Yokaichiya, 2004).

No contexto da formação do profissional da saúde, a questão da relação com os pacientes aparece basicamente em algumas aulas da graduação ou, ainda, surge na forma de um discurso lírico-acadêmico, freqüentemente sem maiores correlações com a realidade vivida nos serviços (Fernandes, 1993). Habitualmente, os professores também não tiveram formação adequada a respeito desse tema e repetem, no ensino, as mesmas

atitudes que aprenderam em sua formação, como, por exemplo, a evitação dos aspectos emocionais e sociais da vida do paciente; a utilização de estereótipos para caracterizar certos pacientes (o "peripacoso", o "tigrão"). Por outro lado, os professores que se propõem a ensinar a 'famosa' relação profissional-paciente muitas vezes usam um linguajar psicológico tão distante da realidade de seus alunos, que acabam por diminuir ou mesmo eliminar definitivamente o interesse destes pelo tema. Além disso, em muitas escolas, principalmente nas de medicina, o ensino da relação médico-paciente, por ser veiculado em disciplinas dos primeiros anos do curso, ainda é desvinculado de uma atividade prática, o que torna ainda mais distantes seus conteúdos, desvalorizando a temática. É por isso que, amparadas pelo Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed),[3] muitas escolas estão modificando seus currículos de tal forma que haja, desde o início do curso, uma aproximação à prática médica, em que os alunos têm oportunidade de ver pacientes e participar de discussões de casos com clínicos ou cirurgiões que discutem, junto com professores de psicologia, alguns atendimentos práticos por eles observados (Puccini et al., 2004). Esta é também a tendência recomendada pelo documento final do IV Encontro Nacional de Professores de Psicologia Médica (2004), isto é, a integração da disciplina de psicologia médica com outras disciplinas do ciclo básico e clínico-cirúrgico.

No tocante aos aspectos emocionais relacionados ao profissional, sabemos que o contato direto com seres humanos coloca o profissional diante de sua própria vida, sua própria saúde ou doença, seus próprios conflitos e frustrações. Se ele não toma contato com esses fenômenos, corre o rico de desenvolver mecanismos rígidos de defesa, que podem prejudicá-lo tanto no âmbito profissional como no pessoal.

É importante salientar que a atividade assistencial desenvolvida por profissionais da saúde possibilita diversas gratificações, tais como aliviar a dor e o sofrimento, curar doenças, salvar vidas, diagnosticar corretamente, sentir-se competente, ensinar, aconselhar, educar, prevenir doenças, receber reconhecimento, elogios, gratidão. Por outro lado, apresenta também fatores estressantes, como o medo de cometer erros ou provocar danos, suportar a

precariedade do sistema de saúde, estar ciente da constante necessidade de atualização de seus conhecimentos científicos, lidar com o contato íntimo e freqüente com dor e sofrimento, trabalhar com as expectativas dos pacientes e familiares, emitir comunicações dolorosas, ser colocado diante de constantes dilemas éticos (Tahka, 1988; Pitta, 1988; Nogueira-Martins, 2002).

Na literatura, encontramos descrições de síndromes associadas às atividades profissionais em saúde. A síndrome do *burnout* ou síndrome do esgotamento profissional tem sido reconhecida como uma condição experimentada por profissionais que desempenham atividades em que está envolvido um alto grau de contato com outras pessoas. Segundo Pereira (2002:21), o termo *burnout* "é uma metáfora para significar aquilo, ou aquele, que chegou ao seu limite e, por falta de energia, não tem mais condições de desempenho físico ou mental". Essa síndrome tem sido definida como uma resposta ao estresse emocional crônico intermitente. É composta por sintomas somáticos, psicológicos e comportamentais. Um profissional que está *burning out* tem pouca energia para as diferentes solicitações de seu trabalho, desenvolve frieza e indiferença para com as necessidades e o sofrimento dos outros, tem sentimentos de decepção e frustração e comprometimento da auto-estima (Rodrigues, 1998).

O complexo processo adaptativo diante dos fatores estressantes inerentes à prática profissional pode tomar diferentes caminhos. O resultado final da exposição à radiação psicológica estressante depende do indivíduo e de seus mecanismos e recursos subjetivos. Assim, poderá haver tanto uma adequada adaptação do profissional dentro dos limites possíveis ou, ao contrário, uma inadequada adaptação, cujas manifestações podem ser:

1) Humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo e desinteresse. São sintomas psicológicos típicos de uma vida profissional tensa e atribulada. Fazer atendimentos rápidos, colocar rótulos depreciativos, evitar os pacientes e o contato visual são alguns exemplos ilustrativos de comportamentos de um profissional que está desgastado. Nessas situações, o paciente sente o profissional desinteressado e tende a não colaborar.

2) A construção de uma couraça impermeável às emoções e sentimentos, que se expressa por um embotamento emocional traduzido por uma aparente 'frieza' no contato com os pacientes e com as pessoas de um modo geral, é também um sinal de desgaste profissional.
3) O profissional, para evitar o contato com as próprias angústias e frustrações, poderá 'refugiar-se' nas atividades profissionais, sentindo-se necessário e insubstituível. Essa simbiose entre o profissional e os clientes ou o hospital – em que não se discrimina quem precisa mais de quem – não é benéfica nem para o profissional nem para o paciente.
4) Pode haver a minimização dos problemas inerentes à profissão, ou seja, das dificuldades, incertezas, limitações e complexidades da tarefa profissional. A evitação de se aproximar e refletir sobre as limitações do exercício profissional pode levar o profissional a alimentar expectativas irrealistas a respeito de si mesmo. O comportamento de negação das limitações pode se tornar cada vez mais rígido e estereotipado, com o desenvolvimento de atitudes arrogantes e aparentemente insensíveis.
5) O desenvolvimento crescente do humor negro expresso em uma linguagem irônica, amarga e no uso de um jargão em que predominam rótulos depreciativos revela, em realidade, uma incapacidade de lidar com as frustrações, tristezas e vicissitudes da tarefa profissional.
6) Habitualmente a fragilidade dos pacientes tende a fazer com que percebam o profissional como possuidor das características de uma autoridade poderosa, da qual tendem a se tornar dependentes. Se a auto-estima do profissional está abalada, ele poderá extrair uma gratificação patológica da dependência do paciente e da idealização que freqüentemente a acompanha, ao reforçar, no paciente, aspectos regressivos e infantis (Nogueira-Martins & Nogueira-Martins, 1998).

Portanto, uma relação profissional-paciente com características iatropatogênicas pode acontecer tanto pela insegurança do profissional como por suas atitudes hostis, desencadeadas pelo estado e emoções do paciente e/ou pela insatisfação do profissional.

Assim, são importantes medidas para: auxiliar os profissionais a lidar com os aspectos subjetivos da prática assistencial; contribuir para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde dos profissionais, levando em conta os fatores estressantes da atividade assistencial; favorecer as relações do trabalho em equipe. O cuidado com o cuidador é de fundamental importância tanto para a prevenção de disfunções profissionais como para o aprimoramento da atividade assistencial (Nogueira-Martins, 2002b; Ramalho, 2005).

Como já destacava o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), o aprimoramento da interação profissional-paciente é uma das facetas (somente uma delas!) da humanização da assistência. Para a humanização da assistência, são também importantes: contratação de profissionais suficientes para atender à demanda da população; aquisição de novos equipamentos médico-hospitalares; abertura de novos serviços e recuperação e adequação da estrutura física das instituições; revisão da formação dos profissionais com reestruturação dos currículos das faculdades da área da saúde; capacitação permanente dos profissionais (educação continuada); melhoria de condições de trabalho; melhoria da imagem do serviço público de saúde (Brasil, 2001).

O Percurso PNHAH-Oficinas de Humanização

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi criado no ano de 1999,[4] pela Secretaria da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, com os objetivos de melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar; recuperar a imagem dos hospitais entre a comunidade; capacitar os profissionais dos hospitais para um conceito de atenção à saúde baseado na valorização da vida humana e da cidadania; conceber e implantar novas iniciativas de humanização beneficiando tanto os usuários como os profissionais da saúde; estimular a realização de parcerias e trocas de conhecimentos;

desenvolver um conjunto de indicadores/parâmetros de resultados e sistemas de incentivos ao tratamento humanizado (Brasil, 2001).

Após a realização, pelo ministério, de um projeto-piloto com alguns hospitais, as secretarias de estados e municípios ficaram, no ano de 2001, encarregadas da multiplicação do programa. Em São Paulo, no nível estadual, a centralização das atividades ficou a cargo da Coordenação dos Institutos de Pesquisa. Foi formado um grupo técnico responsável pelo desenvolvimento do programa, composto por cinco profissionais da área de saúde mental. Durante o ano de 2002, o grupo técnico realizou os encontros para a formação de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH), trabalhando com representantes de 32 hospitais da rede pública, com o objetivo de formar o GTH de cada hospital (Nogueira-Martins, 2002a).[5] Foram ministradas aulas teóricas e realizadas supervisões em pequenos grupos, em encontros mensais, com esses representantes (um ou dois de cada instituição). As aulas teóricas abordaram temas como: gestão SUS; aspectos psíquicos nas relações profissionais; conceito de humanização; formação de grupo; trabalho interdisciplinar.

As supervisões trabalharam com dinâmica grupal, elaboração em grupo dos conteúdos das aulas teóricas, discussões específicas da realidade de cada hospital (no que dizia respeito à formação do GTH) e orientações pontuais do supervisor a respeito de questões práticas encontradas no dia-a-dia do trabalho.

No processo, foram observados progressos significativos dos participantes dos grupos, no que dizia respeito ao entendimento da proposta de humanização, ao seu fortalecimento como profissionais responsáveis pelo processo de implantação do GTH. Foram notadas várias dificuldades para a implantação dos GTH, tais como: insuficiente apoio da direção do hospital; falta de interessados em compor o grupo (com alegação de excesso de tarefas); pouca valorização da proposta de humanização da assistência. Aparentemente, houve facilidade de implantar iniciativas pontuais de humanização (palestras, teatro, brinquedoteca); já um processo institucional com um trabalho voltado para as relações interpessoais e/ou relações de equipe de trabalho foi mais difícil de ser estabelecido.

Porém, em todas as discussões durante o processo de capacitação, ficavam patentes as críticas dirigidas à forma como se estabelece a relação dos profissionais com os pacientes; essas críticas, no entanto, careciam, como já destacava Fernandes (1993), de proposições de alternativas factíveis dentro da realidade cotidiana dos profissionais da saúde e das instituições. Mesmo com reconhecimento, pelo PHNAH (como também, posteriormente, pela PNH), da necessidade de um trabalho com a subjetividade dos trabalhadores da saúde e com as relações de equipe de trabalho.

Oficinas de Humanização

A partir da participação ativa nas atividades do PNHAH quando de sua realização na Secretaria da Saúde do Estado e da constatação da extrema dificuldade que os GTH dos hospitais tinham para promover iniciativas que contemplassem os profissionais que ali trabalhavam, organizou-se, no Instituto de Saúde,[6] durante os anos de 2001 a 2003, um programa de atividades de apoio ao profissional da saúde, denominadas Oficinas de Humanização, com o objetivo de criar e avaliar um modelo de atividade que talvez, posteriormente, pudesse ser utilizado na rede estadual. Essa forma de trabalho recebeu influência das experiências brasileiras dos Grupos de Reflexão sobre a Tarefa Assistencial e do Teatro Pedagógico.

Vale, aqui, lembrar que o pioneiro no trabalho com a subjetividade dos profissionais da saúde foi Balint, psicanalista de origem húngara, que desenvolveu atividades ligadas à capacitação psicológica de médicos na Clínica Tavistock, em Londres, na década de 1940. Iniciou seus trabalhos a partir de pesquisas com grupos de assistentes sociais que atendiam famílias. Essa atividade foi posteriormente estendida para médicos clínicos, visando a compreender e administrar dificuldades que os profissionais encontravam em sua tarefa clínica. O objetivo dos Grupos Balint é o de que os profissionais, com o auxílio de um coordenador da área de saúde mental, tenham uma compreensão nova a respeito de seus pacientes e ampliem suas possibilidades terapêuticas (Missenard, 1994).

O Grupo de Reflexão sobre a Tarefa Assistencial (Zimerman, 1992) é uma técnica que pressupõe que as possibilidades de mudanças nas atitudes

estão diretamente ligadas à intensidade das experiências emocionais vividas no decorrer do processo de ensino ou de trabalho. As experiências emocionais ligadas ao exercício profissional compartilhadas em um ambiente afetivo e acolhedor permitem que se reassegure a identidade profissional por meio da detecção e do enfrentamento dos conflitos. O trabalho com o Grupo de Reflexão sobre a Tarefa Assistencial constitui, assim, uma instância de reflexão sobre o cotidiano da prática assistencial, com possibilidade de detecção de entraves e pautas estereotipadas de conduta no exercício profissional.[7] O manejo técnico utilizado nesse tipo de grupo consiste em que seu coordenador centralize a discussão no tema que, como um denominador comum, emerge da livre discussão que se estabelece a partir dos relatos das vivências clínicas. O coordenador, por meio de breves estímulos, colocações e indagações, mercê de uma capacidade de discriminação e síntese, ajuda o grupo a sentir, indagar e incorporar um conjunto de valores que convergem para as atitudes profissionais. O termo 're-flexão' indica que a finalidade precípua do grupo é levar o indivíduo a flectir-se sobre si próprio através do pensar e do sentir, e assim levá-lo a 'aprender a aprender'.

O Teatro Pedagógico tem sua origem no psicodrama (Kaufman, 1992). O trabalho baseia-se na teoria psicodramática, com ênfase nos métodos de sociodrama, *role-playing*, teatro espontâneo e jogos dramáticos. Essa forma de ensino vivencial permite que sejam ensaiadas formas distintas de atuação, apresentando a vantagem de evitar que sejam fornecidos modelos prontos e consumados (Kaufman, 1992). O sociodrama permite a avaliação da dinâmica grupal e enseja o trabalho dramático com temas de interesse para o grupo. O *role-playing* tem a função de propiciar aos componentes do grupo o desempenho dos papéis de 'profissional' e de 'paciente', de modo a fazer um estudo aprofundado da dinâmica da relação entre as duas pessoas que os desempenham. O teatro da espontaneidade permite aos participantes ensaiarem diferentes possibilidades de papel. Os jogos dramáticos são dramatizações empregadas com o fim de proporcionar aos estudantes uma aproximação gradual da linguagem dramática. Segundo Kaufman (1992), esses recursos devem ser combinados com outras formas

de atividades, tais como aulas teóricas expositivas e aulas teórico-práticas com dramatizações pedagógicas.

A Oficina de Humanização combina elementos dos modelos de trabalho citados, associando-os a outros recursos. Seus objetivos são: ampliar a visão do profissional da saúde no que diz respeito à atenção integral do paciente, com inclusão de sua subjetividade; discutir a noção de humanização e seus princípios básicos; propiciar a vivência de situações práticas da assistência em um contexto grupal protegido; criar continência grupal (ambiente acolhedor) favorecedora das trocas profissionais e interpessoais e facilitadora para o enfrentamento de conflitos; facilitar o compartilhamento de experiências entre os participantes; discutir diferentes formas de abordar situações difíceis; detectar e modificar pautas estereotipadas de atitudes profissionais; constituir matriz de identidade para atenção humanizada, cuidando do cuidador (Nogueira-Martins, 2002b).

Como metodologia de trabalho, são realizadas discussões de textos que versam tanto sobre o tema da humanização da assistência como sobre assuntos específicos pertinentes à constituição de cada grupo; dramatizações sobre as situações assistenciais vividas; *role-playing* do papel profissional, sociodrama, jogos dramáticos, exposições dialogadas coordenadas pelos participantes (no caso de terem experiência acumulada em um tema ou técnica específica, pertinente aos objetivos do grupo); é relevante, em algumas situações, a explicitação do processo grupal (Nogueira-Martins, 2002b). Os encontros, que geralmente são seis, com quatro horas de duração cada, são realizados em sala grande, com cadeiras móveis, que permitem várias conformações espaciais. Os participantes, em número que varia entre 12 e vinte, têm sido: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, educadores em saúde, recepcionistas, telefonistas, atendentes de enfermagem, porteiros, pessoal administrativo.

O Desenrolar de uma Oficina

Durante o primeiro semestre de 2001, o Instituto de Saúde foi procurado por uma médica neonatologista de um hospital público de São Paulo, que sabia das Oficinas de Humanização ali realizadas. Ela estava

particularmente interessada em oferecer aos seus funcionários uma possibilidade de atividade de humanização que, segundo ela, ajudaria a lidar com problemas que existiam no trabalho em equipe e estavam se refletindo na assistência aos bebês e aos familiares. Combinamos dias e local. Compareceram: uma médica, uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem, uma supervisora do setor de limpeza (ex-recepcionista), uma psicóloga, uma assistente social, uma fonoaudióloga.

A médica neonatologista, em sua conversa inicial comigo, havia se referido a problemas na equipe de trabalho com reflexo na assistência prestada. Associava esses problemas a um período de muitas mudanças de chefia, que haviam ocasionado desgaste na equipe. Sua dúvida era, como atual chefe, sobre o que havia ocorrido primeiro: o desgaste da equipe com as mudanças de chefia, ou as mudanças de chefia por conta de características da equipe? Ela tentava compreender e, ao mesmo tempo, se proteger, pois era a 'nova chefe'. Tinha carta branca para dispensar funcionários e para transferi-los do hospital para o Instituto de Saúde.

Essa conversa inicial foi compartilhada com o grupo no primeiro encontro. Foi também combinado com o grupo que, embora o material proveniente daquele trabalho tivesse finalidade de pesquisa e, portanto, pudesse ser divulgado, seria garantido o sigilo a respeito de sua identidade. Foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por todos os elementos do grupo.

Podemos dividir o movimento do grupo em três fases.

Primeira fase

Os participantes se sentiam animados com a experiência e relatavam que nunca haviam tido oportunidade de sair de seu local de trabalho para discutir questões relativas à sua atividade. Estavam gratos àquela nova chefe, que havia se interessado verdadeiramente por eles, dando-lhes também a oportunidade de aprendizado de novos conteúdos.

No primeiro encontro, foi realizado um trabalho em duplas; as duplas deveriam falar sobre o que é humanização. Depois, no grupo grande, cada dupla dizia o que havia discutido. As idéias que os participantes relataram

foram: "humanizar é ser bondoso com o paciente"; "humanizar é não tratar mal o paciente"; "humanizar é oferecer boas condições materiais aos pacientes"; "humanizar é oferecer atividades de arte, pintura"; "humanizar é ser educado". A discussão, apesar de rica e animada, não era diferente, assim, de várias outras já presenciadas em outras oficinas e palestras. Este, aliás, é um problema do termo 'humanização': ele é muito amplo e está carregado de significados que mais se aproximam da exterioridade da questão e, muitas vezes, é banalizado.[8]

Em seguida, foram discutidos alguns pequenos textos sobre humanização. As discussões eram realizadas em pequenos grupos e, em um segundo momento, ampliadas para o grupo grande. Os comentários eram os de que a humanização era necessária em seu ambiente de trabalho, pois lidavam com situações de extrema tensão e precisavam cuidar tanto das crianças como dos familiares. Relataram, nessa fase, que estavam começando a implantar o Projeto de Assistência Canguru[9] e que, assim, as mães ficavam em constante contato com as crianças e, conseqüentemente, com os profissionais.

Nos dois primeiros encontros, além dos temas estimulados pelos textos, havia também perguntas sobre o Instituto de Saúde, as outras oficinas (como haviam sido) e sobre a coordenadora (formação, experiência etc.). As perguntas eram respondidas com todos os detalhes possíveis, sem ferir os princípios éticos, principalmente no que se referia às outras oficinas. Quanto à coordenação, respondi que minha formação era em psicologia, que havia me dedicado à questão da humanização a partir de minha tese de doutorado na Unifesp e contei alguns aspectos do estudo, ressaltando, sempre, o importante papel dos profissionais da saúde e a carga de estresse a que eles estavam submetidos, especialmente os que se voltavam para a assistência.

Parecia, assim, que estava havendo um entendimento entre a coordenadora e as participantes. E que o grupo ia, aos poucos, conhecendo o terreno em que pisava, como se estivesse fazendo uma averiguação sobre as possibilidades reais de expressar seus conflitos e angústias. As participantes perguntavam sobre o tipo de assunto que poderiam abordar no grupo.

Ao mesmo tempo, o grupo ia conhecendo um pouco mais a sua chefe, que se expressava com bastante facilidade e defendia os princípios da humanização tanto no que dizia respeito aos pacientes e familiares como no que tangia aos profissionais. Isto é, defendia a necessidade de cuidar do paciente e cuidar do cuidador, o que estava, também, de pleno acordo com os textos que havíamos lido e discutido. Era uma pessoa bastante ativa; em muitos momentos, coordenou as discussões.

Ao final do segundo encontro, foi utilizado um jogo dramático: os participantes deveriam andar pela sala, explorar o ambiente, fazer contatos com os outros membros do grupo. Em seguida, eram dadas consignas: andar para trás sem esbarrar no outro, andar para o lado direito, para o lado esquerdo, sempre evitando esbarrar. Essa fase do jogo foi muito engraçada e lúdica. Em seguida, solicitei que arrumassem as cadeiras da forma que elas achassem mais adequada para a continuidade dos nossos trabalhos. Arrumaram as cadeiras em círculo um pouco mais fechado do que o anterior e mais próximo à janela do fundo da sala.[10]

A intenção da coordenadora, com essa atividade, era de alguma forma marcar o que eu vinha percebendo, isto é, que estávamos caminhando para um segundo momento e que eles é que dariam o tom, a forma do trabalho. E elas escolheram a extremidade 'não acadêmica' da sala, sinalizando que nosso processo iria tomar nova direção.

A partir daí, foi utilizada essa conformação espacial nos outros encontros.

Segunda fase

O primeiro tema que surgiu nesta fase foi o da competição entre as auxiliares de enfermagem. A partir do relato de um caso bastante complicado (de uma criança que estava com sérios problemas médicos), emergiu esse tema. Quando falavam dos cuidados necessários para o caso, cada uma tentava mostrar que sabia mais, que era mais adequada e mais dedicada do que as outras. A partir dessa conversa, foi proposta uma imagem, a ser montada pelas auxiliares e com a participação dos outros componentes do grupo. A imagem deveria se referir a "como é a situação da auxiliar de

enfermagem". Na montagem, houve bastante discussão entre elas; ao final, conseguiram um consenso e montaram uma imagem:

- a chefe era a criança, que não parava de chorar e precisava ser entubada;
- a psicóloga era a mãe, que estava muito nervosa com a situação;
- a responsável pela limpeza era a auxiliar de enfermagem, perdida naquela situação, andando de um lado para o outro;
- a assistente social era a enfermeira chefe, olhando, supervisionando.

Depois de comentários de todos, reforçando a difícil tarefa das auxiliares de enfermagem, a discussão caminhou para o papel da enfermeira.

Algumas considerações, de início tímidas e depois mais veementes, foram feitas com relação à enfermeira: tachada de insensível, cobradora, autoritária, dela também se disse que não colaborava muito com as auxiliares.

A enfermeira dizia que ela precisava ser assim mesmo, que tinha muitas atribuições e que não podia dar atenção pormenorizada a cada auxiliar. Foi proposta a dramatização do confronto que já estava acontecendo: as auxiliares ficavam de um lado, representadas por uma delas; quando alguém queria falar, sentava-se ao lado dela e falava; a enfermeira ficava de outro, sendo também auxiliada pelos outros profissionais. Abordaram a questão de horários, de disponibilidade, de fuga de responsabilidades, das que "quebravam a mão" e outros. Ao final do confronto, todos voltaram aos seus lugares e foram feitos comentários. A médica chefe da equipe fez uma abordagem crítica, mas compreensiva e aglutinadora, sobre as questões apresentadas, dizendo que iria tentar a contratação de mais auxiliares de enfermagem, no que foi parabenizada por todos.

A partir de algumas ponderações provenientes da discussão sobre o trabalho das auxiliares (e talvez, pela percepção de que o confronto teve boa solução e não foi destrutivo para nenhuma das partes), surgiu, no encontro seguinte (o quarto), um novo confronto: entre a psicóloga e a assistente social. Elas se referiam a invasões no trabalho uma da outra. Surgiram as perguntas: a quem competia entrevistar e aconselhar as mães? A quem competia verificar como estavam indo as mães no Projeto Canguru? De quem era a função de verificar as condições familiares para a participação no projeto?

O que os outros componentes do grupo comentaram, e que muito auxiliou as duas, era que se tratava de um projeto novo e que as funções não estavam mesmo estabelecidas e se estabeleceriam com o tempo. Houve participação geral no sentido de dizer que todos se sentiam, ao mesmo tempo, felizes por poderem participar e propiciar aquela nova experiência (Assistência Canguru), mas também inseguros pela novidade.

No outro encontro (o quinto), os temas se referiam ao grupo como um todo e variaram entre queixas sobre salário, dificuldades familiares pelo excesso de tensão vivida no trabalho, falta de tempo para lazer, sensação de fracasso e impotência diante da morte dos bebês, ambivalência de sentimentos em relação aos bebês com problemas mais graves (desejo de que vivessem e desejo de que morressem). Era um momento de compartilhar as dificuldades, as tristezas, as limitações, os fracassos.

Terceira fase

Diminuído o nível de tensão, houve uma recuperação da auto-estima e do ânimo para o trabalho. Surgiram os temas: a "paixão" pelo trabalho; o lidar com bebês de alto risco como "desafio"; a satisfação em conseguir orientar e auxiliar as mães das crianças; a "sorte" em ter aquela chefia que se interessava pela equipe e aquela coordenadora de grupo que havia conseguido compreendê-las.

A experiência foi avaliada, naquela oportunidade, por meio de depoimentos dos participantes, realizados ao final do processo. Alguns exemplos de depoimentos, registrados entre os participantes do grupo de 2001, são:

> *É bom a gente falar, porque a gente desabafa e resolve as coisas.*

> *Pelas coisas que ouvi das outras pessoas, vi que não era só eu que tinha problemas.*

> *O que eu mais gostei foi daquele jogo de passear pela sala; descobri muita coisa que não tinha visto.*

O envolvimento das pessoas foi total; pensei que não fosse dar certo, pois não estávamos conseguindo resolver as coisas já há algum tempo.

O café e as bolachas foram muito humanizantes.

Em contato informal com elementos do grupo (médica, psicóloga e assistente social), seis meses depois da experiência, estes relataram que o trabalho havia sido muito bom e que a equipe estava se mantendo até então, a não ser por uma auxiliar de enfermagem que havia pedido demissão e pela supervisora da limpeza, que havia sido promovida e estava em outro setor.

Comentários Finais

As Oficinas de Humanização realizadas no âmbito do Instituto de Saúde mostraram-se úteis para os profissionais que dela participam. Trata-se de oportunidade ímpar para trabalhar conflitos, lidar com a auto-imagem profissional, refletir sobre a assistência prestada e desbloquear o papel profissional na direção da criatividade e espontaneidade.

Porém, para sua disseminação para o serviço público, encontramos alguns entraves. Um deles é a formação do coordenador das oficinas. É necessário que ele tenha sólida formação em trabalhos grupais e flexibilidade para lidar com situações novas. Outra limitação se refere à inserção desse coordenador. Mesmo na instituição que tenha em seu quadro um profissional com a qualificação mencionada anteriormente, alguns cuidados são requeridos, já que o fato de ser da instituição, de estar imerso em sua cultura, pode dificultar, para o coordenador, a realização de seu trabalho, pois ele tenderá a se misturar com os temas trazidos pelos componentes do grupo. Essa inserção, no entanto, não impede que ele realize trabalhos dessa natureza, desde que se utilize da "dissociação instrumental" (Bleger, 1979), recurso pelo qual o profissional se identifica com a situação e, simultaneamente, dela se distancia (psicologicamente), analisando o seu próprio envolvimento com ela.

No entanto, as melhores alternativas para a realização das oficinas são: contar com profissionais-coordenadores de fora da instituição ou com

supervisores para os profissionais-coordenadores de dentro da instituição. Surge aí o problema de verbas e de prioridades a serem estabelecidas pelas instituições que, sabemos todos, carecem ainda, em sua grande maioria, de elementos básicos para sua sobrevivência material. Além disso, muitas instituições, quando têm recursos financeiros, muitas vezes preferem investi-los em ações de maior visibilidade, maior concretude. E os resultados das oficinas, como de resto todos os desdobramentos de intervenções que dizem respeito à subjetividade e intersubjetividade, são lentos e 'invisíveis'.

Porém, como já destacava Deslandes (2004), as experiências ligadas à 'humanização' têm sempre o grande valor de propiciar uma contribuição para a melhoria da qualidade da atenção prestada; além disso, podem sugerir e auxiliar a construção de um novo modelo de comunicação entre profissionais e pacientes e de práticas cuidadoras, tanto no que diz respeito ao paciente como no que tange ao profissional.

Notas

[1] É de uso corrente a referência ao clássico tripé dos componentes necessários para mudanças no âmbito educacional: 'conhecimentos, habilidades e atitudes'.

[2] A Atenção Farmacêutica compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, que envolve as concepções dos sujeitos e respeita suas especificidades bio-psicossociais (Yokaichiya, 2004).

[3] O Promed foi criado pelos ministérios da Saúde e da Educação, com a participação da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), dando às instituições a missão de adequar a formação dos médicos à realidade do sistema de saúde. Uma de suas diretrizes pedagógicas é a valorização da humanização do atendimento (Brasil, 2002).

[4] O Ministério da Saúde, em agosto de 2003, faz importantes modificações no que diz respeito à humanização, instituindo, em lugar do Programa de Humanização, a Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2003).

[5] Em 2003, o trabalho se estendeu para os outros hospitais da rede estadual.

[6] O Instituto de Saúde, órgão vinculado à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, tem, entre outros, os objetivos de gerar subsídios para a elaboração de políticas públicas e colaborar na operacionalização de ações que permitam elevar a qualidade do atendimento dos serviços de saúde da população.

[7] Na linguagem do psicodrama, podemos dizer que os entraves e as condutas estereotipadas constituem bloqueios no papel profissional, impedidores de um desempenho criativo e espontâneo da atividade profissional.

[8] Essas são observações críticas minhas e não foram, de início, colocadas para o grupo, para não bloquear a expressão e nem o processo de aprendizagem.

[9] O Método Mãe-Canguru é definido como assistência neonatal que implica o contato pele a pele precoce entre a mãe e o filho (recém-nascido de baixo peso, prematuro) de forma crescente, permitindo, assim, maior participação dos pais no cuidado com seu filho (Brasil, 2000).

[10] A sala tem aproximadamente 10 m x 4 m; em uma de suas extremidades, onde estávamos até então, há retroprojetor, *datashow*, quadro-negro. Na outra extremidade do retângulo, há uma grande janela com cortina e ar-condicionado.

Referências Bibliográficas

BALINT, M. *O Médico, seu Paciente e a Doença*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1988.

BLEGER, J. *Temas de Psicologia: entrevista y grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1979.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 693 de 05 de julho de 2000. Norma para a Implantação do Método Canguru. Brasília: MS, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO/ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas (Promed). Brasília: s. n., 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização (PNH): humanização da atenção e da gestão em saúde no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: MS, 2003.

CAPRARA, A. & FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(3):647-654, 1999.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):7-14, 2004.

ENCONTRO NACIONAL DE PROFESSORES DE PSICOLOGIA MÉDICA, IV. *Relatório Final*. Goiânia: s. n., 2004.

FERNANDES, J. C. L. A quem interessa a relação médico-paciente? *Cadernos de Saúde Pública*, 9(1):21-27, 1993.

FERRARI, H.; LUCHINA, N. & LUCHINA, I. L. *Asistencia Institucional: nuevos desarrollos de la interconsulta médico-psicológica*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1979.

KAUFMAN, A. *Teatro Pedagógico: bastidores da iniciação médica*. São Paulo: Ágora, 1992.

MISSENARD, A. (Org.) *A Experiência Balint: história e atualidade.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde mental dos profissionais da saúde. In: BOTEGA, N. J. (Org.) *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. A experiência de supervisão de hospitais em um programa de humanização. In: *Congresso Brasileiro de Psicologia: Ciência e Profissão*, I. *Anais...* São Paulo, 2002a. Disponível em : <http://www.bvs-psi.org.br>.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. *Humanização das Relações Assistenciais: a formação do profissional da saúde.* 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002b.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. & NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. O exercício atual da medicina e a relação médico-paciente. *Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica*, 24(2):59-64, 1998.

PEREIRA, A. M. T. B. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

PUCCINI, R. F. et al. A aproximação à prática médica como estratégia de desenvolvimento do eixo abordagem pedagógica do Promed/Unifesp. Congresso Paulista de Educação Médica, IV. *Anais*... Marília, 2004.

RAMALHO, M. A. N. *Conhecendo as vivências dos cuidadores: estudo exploratório com profissionais da área de oncologia pediátrica*, 2005. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Programa de Pós-Graduação dos Institutos de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

REGO, S. & SCHRAMM, F. R. Bioética, desenvolvimento moral e educação médica. *Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica*, 227(4):607, 1999.

RODRIGUES, A. L. *O "stress" no exercício profissional da medicina: uma abordagem psicossocial*, 1998. Tese de Doutorado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

TAHKA, V. *O Relacionamento Médico-Paciente*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

YOKAICHIYA, C. M. *Em busca da atenção farmacêutica: um estudo sobre os fatores gratificantes e estressantes do trabalho das equipes de farmácia dos serviços municipais de DST/Aids de São Paulo*, 2004. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Programa de Pós-Graduação dos Institutos de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

ZIMERMAN, D. E. A formação psicológica do médico. In: MELLO FILHO, J. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

6 Redes Sociais de Suporte e Humanização dos Cuidados em Saúde

Nina de Almeida Braga

Cada fio sensível da rede pode ser ferido
ou afagado em todo seu comprimento.
Diderot

Na área da saúde, como em qualquer outra dimensão da vida social, há um entrelaçamento das relações sociais entre os indivíduos cujos contornos e meandros podem ser percebidos por meio do recurso ao instrumental analítico presente no conceito de rede social. A perspectiva de rede permite entrever as interações tanto em seus aspectos conjunturais quanto estruturais, na medida em que lida com uma categoria construída no interstício entre a concepção de indivíduo como ator social dotado de estratégia própria e a compreensão de que esta se encontra num contexto de uma ordem social mais ampla. Significa, de fato, contrapor-se a uma concepção fragmentária do ser humano. Ou seja, percebê-lo como alguém capaz de participar e protagonizar atos de transformação de uma totalidade composta por relações sociais das quais ele é simultaneamente objeto e sujeito. E que, para tanto, o indivíduo tem a possibilidade de construir, aglutinar-se e identificar-se com seus pares em redes sociais. Em outras palavras, trabalhar com este conceito conduz a um questionamento acerca da capacidade do ser humano de ser autor e ator de sua história. Esta reflexão acerca da potencialidade das inserções ou pertenças desenvolvidas por indivíduos ao longo de suas trajetórias compreende um pensar sobre a "humanidade do outro" (Minayo, 2004), que passa a ser encarado como

singular e plural, já que passível de estar inscrito de diferentes maneiras em distintas formações. Ou, em outros termos, como "sujeito no sentido de ser membro, de pertencimento a um *ethos*, a uma cultura" e "pessoa no sentido de uma identidade a partir de uma biografia singular" (Deslandes, 2005:402).

A operacionalidade própria ao conceito de rede social suscita maior atenção para com a diversidade das ações e condutas dos indivíduos, cuja complexidade torna-se matéria-prima. Ocasiona um redimensionamento dos sentidos dos atos humanos. Torna-se possível e mesmo imprescindível olhar para o 'outro' como um ser único porque múltiplo – dada a sua potencialidade de vinculação. Assim, a adoção de uma ótica de rede coloca em pauta o respeito à alteridade nas interações sociais, questão fundamental ao debate das propostas em prol da humanização dos cuidados em saúde.

Vários autores (Haines, Beggs & Hurlbert, 2002; Marques, 2000; Martins, 2004; Pescosolido & Levy, 2002) atribuem a origem deste conceito de rede social – cujo pressuposto seria o de um "individualismo relacional" (Marques, 2000) – aos estudos clássicos de sociologia como os de Durkheim (1978) e Simmel (1976). Entretanto, data de meados do século passado o primeiro trabalho que define rede social, contrapondo-a à noção de grupo permanente (Barnes, 1987). Ao debruçar-se, em 1954, sobre as formas de organização dos habitantes de uma ilha na Noruega, o pesquisador Barnes notou que muitas das aglomerações não seguiam as de qualquer conjunto mais formal e hierarquizado. A partir de então sucederam-se diversos estudos (Feldman-Bianco, 1987; Boissevain, 1987; Bott, 1990; Lemieux, 1982; Mayer, 1987) no âmbito das ciências sociais que também tinham como objeto de investigação as "relações interpessoais concretas que vinculam indivíduos a outros indivíduos" (Barnes, 1987). As malhas das conexões – por vezes espontâneas – passaram a ser enfocadas tanto em seus conteúdos quanto em suas múltiplas formas (Soares, 2003).

O Conceito de Rede Social

Uma vez apresentada, em poucas palavras, a operacionalidade e a historicidade do conceito de rede social, torna-se necessário explicitá-lo de modo a facilitar a compreensão de suas aplicações e desdobramentos, como

a noção de rede de suporte, muito usada em estudos sobre saúde (Agadjanian, 2002; Andrade & Vaitsman, 2002; Bronfman, 2000; Chor et al., 2001; Faber & Wasserman, 2002; Haines, Beggs & Hurlbert, 2002; McLaughlin, Horwitz & White, 2002; Pescosolido & Levy, 2002; Robles et al., 2000; Sluzki, 1997). Em linhas gerais, pode-se definir rede social como uma teia de interações entre sujeitos envolvidos em ações concretas. Os atos de sociabilidade por parte de "empreendedores sociais" (Boissevain, 1987) são traçados com base em escolhas pessoais e contam com o dinamismo das alianças para alcançar objetivos pragmáticos. Muitas vezes as pessoas juntam-se de maneira informal, sem qualquer tributo às estruturas hierárquicas, constituindo uma trama que não molda necessariamente um grupo, mas que atende a interesses e afinidades que podem ser temporários.

A intencionalidade dos agentes há de ser compreendida tanto sob uma ótica de inserção e posicionamento na rede – a qual, por sua vez, situa-se em um processo histórico – quanto pela potencialidade de transformação inerente a esta forma de aglomeração de atores sociais. No livro intitulado *A Sociedade dos Indivíduos*, Norbert Elias (1994) indica que as pessoas convivem sob uma "ordem oculta", imperceptível aos sentidos e marcada por uma interdependência entre os indivíduos, configurando uma rede similar a um tecido.

> No entanto, nem a totalidade da rede nem a forma assumida por cada um dos seus fios podem ser compreendidas em termos de um único fio, ou mesmo de todos eles, isoladamente considerados; a rede só é compreensível em termos da maneira como eles se ligam, de sua relação recíproca. (Elias, 1994:35)

Logo, em outras palavras, pode-se afirmar que essas coalizões estão sujeitas tanto ao constrangimento por parte da sociedade quanto ao poder de subversão subjacente às ações de seus membros, os quais acabam por dispor de uma "racionalidade relativa" (Marques, 2000; Soares, 2003). O foco desta, geralmente, é o da competição por "recursos escassos" (Boissevain, 1987), e o cenário o de atores que "decidem, em conjunto ou não, quais os recursos que serão transmitidos" ou distribuídos (Lemieux, 1999:13).

Nessa empreitada há margem para manipulações de estratégias que podem variar seja de acordo com as combinações na rede, seja segundo as relações de troca – para além das que compõem este aglomerado – presentes no universo de indivíduos que configuram num determinado momento um arranjo de rede. Esta característica de fluidez ou mesmo de transitoriedade de algumas dessas teias – especialmente as que se formam em torno de interesses específicos e concretos – aponta para a questão da delimitação dos seus marcos fronteiriços. De fato, estes não oferecem nitidez igual à encontrada nos grupos permanentes (Barnes, 1987). Por isso, alguns estudiosos (Lemieux, 1999; Lazega, 1998) indicam a necessidade de que o pesquisador explicite que a definição de limites da rede em foco está sendo desenhada a partir de um recorte externo e/ou do olhar dos seus membros, sendo que todos os autores anteriormente mencionados consideram a porosidade dos contornos dessas tramas como mais um indício da constante mutação inerente ao dinamismo encontrado nesse tipo de tecido social. Entretanto, a discussão em torno das fronteiras dessas composições conduz a um olhar tanto sobre o conteúdo quanto sobre as estruturas das redes sociais, sejam estas examinadas sob uma ótica egocentrada, isto é, construída a partir de um indivíduo e de suas relações – mais conhecida como "rede social pessoal" (Sluzki, 1997) – ou "totalmente sociorrelacional ou comunitária" (Faber & Wasserman, 2002), a qual é investigada a partir de um conjunto de atores e respectivo repertório de interações.

A natureza – amizade, parentesco, mercantil, de clientelismo, entre outras – dos laços entre os agentes responde pelo conteúdo, assim como o formato da rede é perceptível pela densidade, isto é, pelo número de "relações possíveis" (Lemieux, 1999) e freqüência das expressões de tais laços. Há uma correlação entre densidade das interconexões e fechamento da rede: quanto mais estreitos e comuns os contatos entre seus membros, menor é a probabilidade de incorporação de outros indivíduos, principalmente quando têm lugar num contexto marcado por poucas oportunidades para o estabelecimento de novas relações, como, por exemplo, o de uma migração recente. Nessas situações entra em cena o "princípio de coesão" (Lemieux,

1999), o qual cresce na medida em que diminui o contato com um universo externo ao da rede. E "o grau de conectividade de uma rede determina os fatores que unem seus integrantes e lhes permite um melhor e maior intercâmbio de reciprocidade e, fundamentalmente, a continuidade e estabilidade da rede" (Bronfman, 2000:114). Tanto que para os aglomerados sem conectividade direta entre seus atores – como os de parentesco distante – é atribuído o *status* de "quase-rede" (Lemieux, 1999). Assim, torna-se possível que redes de diferente conteúdo exibam "formas idênticas" (Knoke & Kuklinski apud Soares, 2003).

Outra maneira de classificação é a que recorre à conotação – culturalmente delineada – positiva ou negativa das interações, as quais equivalem, respectivamente, aos laços de "identificação" ou de "diferenciação" (Simmel apud Lemieux, 1999). Essa distinção permite introduzir a questão das redes de suporte, compostas por entrelaçamentos de caráter positivo ou de identificação.

Redes Sociais de Suporte

Para apreender e compreender as redes de suporte, torna-se necessário privilegiar o enfoque sobre as suas funções, ao invés de se ater às suas estruturas. Essas redes, como indica o próprio termo, funcionam como pólos de apoio aptos a auxiliar seus membros a enfrentar tanto os problemas da vida cotidiana quanto aqueles excepcionais ou que só se manifestam em momentos de crise. Entre suas atribuições, podem-se destacar as seguintes: "companhia social; apoio emocional; guia cognitivo e conselhos; regulação social; ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos" (Sluzki, 1997:48). Por "companhia social" entendem-se atividades realizadas em conjunto; "apoio emocional" representa sustentação, lealdade, simpatia e solidariedade; "guia cognitivo" significa compartilhar e/ou esclarecer informações e conhecimentos, expondo modelos de comportamentos; por "regulação social" compreende-se a evocação das normas da sociedade e da própria rede e conseqüente neutralização ou mesmo reprovação de condutas anti-sociais; "ajuda material e de serviços" refere-se ao auxílio para solucionar um determinado problema de ordem

econômica, de saúde etc.; finalmente, "acesso a novos contatos" supõe a ampliação da rede social pessoal.

Portanto, torna-se possível definir uma rede de suporte como um emaranhado de interações moldadas pelo compromisso moral entre seus atores. Essas ligações pressupõem confiança e supõem reciprocidade. São marcadas por "laços fortes" (Mardsen apud Fontes, 2004) ou "cerrados" (Lemieux, 1999). Assim, acumulam em conjunto o que Bourdieu (1983) denomina como "capital social", isto é, a capacidade de reunir um *quantum* de contatos ou conexões que os habilita a dominar o campo no qual circulam, incidindo sobre seu posicionamento na sociedade. As relações diretas adquirem maior valor do que as que são intermediadas (Lemieux, 1999). Trata-se de um atributo construído através de entrelaçamentos pessoais cujo desdobramento é o alcance de metas que dificilmente seriam atingidas apenas com recursos individuais.

Ao alcançar ou, ainda, ao mobilizar-se em torno de objetivos comuns, tecem uma identidade que lhes é fundamental mesmo porque, por vezes, é única. Exemplos podem ser encontrados em estudos sobre migrações, nas quais tornam-se evidentes os processos de "desafiliação" (Castel apud Ude, 2002). Muitas vezes os migrantes se ressentem da ausência das suas relações sociais originais e eventualmente chocam-se com a "impessoalidade" encontrada em seus novos locais de moradia ou de trabalho (Bourdieu, 1979). Ou seja, perdem o que consideram como um manto protetor no qual estariam envoltos em trocas afetivas e em cuidados recíprocos. O dilaceramento desse tecido conduz à sensação de vulnerabilidade ou de precariedade e aponta para a correspondência existente entre rede de suporte social e matriz de identidade. A perda da primeira incide sobre a denominada "experiência individual de identidade" (Sluzki, 1997), evocando a metáfora da identidade sugerida por Latour, isto é, a da assinatura (*abonnement*), segundo a qual cada pessoa é moldada por variadas assinaturas, com histórias e inscrições diferentes (Latour apud Mendes, 2001). Afinal, "a subjectividade e a corporalidade são activadas e constituídas numa variedade de formas e processos. As identidades não são essências desincarnadas, mas teias complexas de relações, materiais e desejos" (Mendes,

2001:508). São construídas a partir da inserção em comunidades as quais, por sua vez, podem ser alteradas – como indicado anteriormente – pela ação dos indivíduos que a constituem. São, assim, plurais, multifacetadas, "situacionais e flutuantes" (Goffman apud Mendes, 2001).

Contudo, a relação dialética entre sensação de isolamento social e deterioração e/ou ausência de rede de apoio não é pertinente somente em casos de migração. Aplica-se também a toda e qualquer rede considerada pelo indivíduo como "significativa" ou "diferenciada da massa anônima da sociedade" (Sluzki, 1997). Assim, pode-se afirmar que uma das funções da teia de suporte é a de propiciar moldes identitários aos seus membros e, com isso, facilitar seus trânsitos por diferentes instâncias, instituições e situações. Sem dúvida o período de hospitalização é um dos momentos, por exemplo, em que tal qualidade torna-se praticamente indispensável. A ameaça ao bem-estar do indivíduo – presente nos episódios em que está em jogo a saúde – expõe sua fragilidade e temor diante de um devir sobre o qual não se tem controle de todas as variáveis. Porém, antes de discorrer sobre a importância da rede de apoio em momentos críticos como o mencionado, torna-se pertinente tratar de dois aspectos relativos às aglomerações compostas por laços de suporte. Caso contrário, corre-se o risco de que a temática central deste capítulo seja abordada sem que as noções de plasticidade e percepção de suporte oferecido por essas redes – fundamentais para a apreensão do seu desempenho na produção de cuidados humanizados em saúde – sejam devidamente compreendidas.

A relevância da dimensão da plasticidade está relacionada à importância, aqui sublinhada, das funções protetoras oferecidas pelas redes de apoio. Para melhor lidar com os percalços da vida, tanto ordinários quanto extraordinários, as pessoas procuram por sustentação. Em busca de auxílio, recorrem àquelas que, no seu entender, estariam aptas a lhes prestar ajuda, não importando se são ou não, por exemplo, parentes consangüíneos (Agadjanian 2002; Bronfman, 2000; Klovdahl, Graviss & Musser, 2002). O caráter dinâmico e fluido das redes, já indicado, faz com que o preenchimento das funções seja mais importante do que os próprios indivíduos que as ocupam. Isto porque em muitas ocasiões esse apoio

depende de conjunturas suscetíveis a constantes transformações, como relações de vizinhança, composições conjugais e posições no ciclo de vida. Por exemplo, uma avó muito jovem, às voltas com seu trabalho, dificilmente teria condições de 'funcionar' ou exercer o papel de avó e fazer parte de uma rede de apoio. Por sua vez, uma vizinha mais velha e aposentada poderia ocupar essa posição, o que evidencia a premência de se pensar a respeito da plasticidade da trama dos fios constitutivos das redes sociais de suporte.

A segunda questão diz respeito ao fato de que a expectativa e a percepção de suporte propiciado pelas redes de auxílio mútuo podem transformar-se num eixo organizacional das ações concretas de atores sociais na luta por recursos eventualmente escassos. A "previsibilidade" do apoio orienta as estratégias desses agentes (Bronfman, 2000), assim como sua apreensão ou percebimento influenciam suas atuações. Essa cognição refere-se à crença, por parte dos membros de uma teia, de que suas demandas de apoio estariam sendo satisfeitas por seus companheiros de rede. Ou, em outros termos, que as redes latentes estariam sendo acionadas e, conseqüentemente, reativadas. Isso porque seriam, basicamente, formadas por relações estabelecidas, sendo que entre as últimas encontram-se algumas aptas a serem atualizadas desde que ocorra – numa determinada situação – uma convergência de propósitos (Lemieux, 1999). Apesar da prevalência do pragmatismo como vetor de ativação dessas redes em estado de latência, por vezes são os objetivos que se adaptam às suas configurações. Essa flexibilidade pode ser decisiva em momentos extraordinários como, por exemplo, os de doença e/ou hospitalização.

Há, no entanto, uma distinção entre a percepção e o apoio recebido de fato (Faber & Wasserman, 2002). São variáveis independentes (sem casualidade) entre si, e ambas incidem sobre o campo da saúde. Uma pessoa em estado deprimido dificilmente se dá conta do suporte do qual é alvo, ao mesmo tempo que a consciência do auxílio recebido é mais nítida entre aquelas que não apresentam um quadro de depressão (Faber & Wasserman, 2002). Essa dissonância cognitiva é importante na medida em que suscita a discussão em torno dos fatores que influenciam a percepção de suporte, a qual, como será demonstrado, é decisiva por ocasião do enfrentamento

de uma doença. Entre os fatores determinantes como "cultura, personalidade e objetivos de vida" – entre outros –, tem destaque o que associa a capacidade de assimilação à situação de maior ou menor estresse (Faber & Wasserman, 2002). Com isso, muitas vezes o mesmo tipo de apoio pode ser encarado pelo receptor ora como satisfatório, ora como insuficiente. E não fica difícil supor que – diante do potencial de estresse inerente a uma internação numa unidade de saúde – ocorra uma dificuldade de apreensão desse suporte, criando um círculo vicioso, já que sua suposta ausência em muito maximiza o desgaste daqueles que estão a enfrentar um período que por si só gera desconforto e apreensão.

A arapuca torna-se completa quando a 'omissão de socorro' por parte daquele de quem se espera ajuda acontece por causa de entraves institucionais não percebidos por quem contava com o auxílio. Comuns em estabelecimentos hospitalares que vetam a presença de quem não tiver uma relação próxima de parentesco com o paciente internado ou que franqueiam as visitas dos últimos em horários inadequados e inacessíveis para quem tem dificuldade em deixar seus postos de trabalho e comparecer à tarde, por exemplo, essas medidas podem ocasionar – para o usuário do atendimento hospitalar – frustração, com eventuais desdobramentos para além do período da internação.

Assim, tanto a problemática da percepção da ajuda esperada, disponível e recebida quanto a da plasticidade das redes de suporte evidenciam a importância de que seja examinada a polissemia das teias de suporte. Mesmo porque essa questão perpassa toda uma discussão acerca de quem teria direito de acesso aos hospitais, ou, em outras palavras, sobre o perfil do acompanhante. Para citar um exemplo, pode-se recorrer ao Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, o qual preconiza que na ausência dos avós, considerados como membros da "família ampliada" dos bebês, sejam permitidas aos seus "substitutos" visitas regulares às UTIs neonatais (Brasil, 2002). Ou – ainda no âmbito de políticas públicas para a saúde da criança – ao texto da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, o qual cita a "necessidade de participação da unidade de saúde

nas redes sociais locais que se constituem, a partir do território, na defesa dos direitos das crianças" (Brasil, 2004a:13).

Redes Sociais de Suporte e Atendimento Humanizado em Saúde

Alguns documentos oficiais do Ministério da Saúde, como os supracitados, mencionam explicitamente o conceito de rede social, associando-o às iniciativas de humanização da assistência na medida em que representa o reconhecimento das respectivas singularidades. Outros pregam a necessidade de um cuidado integral, com base na concepção do usuário como um ser holístico cuja história transcende o momento no qual ele se apresenta às unidades de saúde, tornando-se, portanto, foco de uma atenção "centrada na família" e de respeito ao seu contexto de vida – o qual pode significar implicitamente a admissão de um eventual pertencimento às redes sociais (Brasil, 2004b; Brasil, 2001). Todavia, nenhuma norma referente à assistência à mulher e à criança aborda a multiformidade dessas malhas sociais ou fornece indícios das respectivas plasticidades. Com isso, fica prejudicado o acesso às instituições de saúde de vários dos atores sociais envoltos em redes com os pacientes, já que oficialmente os acompanhantes teriam de ser membros da família e estes, como já mencionado, poderiam ser substituídos apenas em caso de ausência. Não há menção à ampliação do espectro de acompanhantes, ou seja, os parentes não podem contar com a presença ao seu lado de mais parceiros ou, melhor, de mais matrizes de solidariedade. Surge, então, uma questão crucial para a prática do atendimento humanizado, que é a concepção de família, seu papel de suporte e sua relação com outros aglomerados que podem auxiliar a quem procura por assistência em saúde.

De imediato, deve-se estar atento para o fato de que a noção de família vivenciada não está limitada por fronteiras de consangüinidade nem tampouco confinada aos núcleos domésticos. Tanto que uma definição possível é a de que família é composta por 'com quem se conta' ou, mais precisamente, por "grupo de pessoas, vivendo numa estrutura hierarquizada,

que convive com a proposta de uma ligação afetiva duradoura, incluindo uma relação de cuidado entre os adultos e deles para com as crianças e idosos que aparecerem neste contexto" (Gomes apud Szymanski, 2003:26).

Logo, a idéia de família nuclear é considerada uma falácia (Hansen, 2005; Hotimsky & Alvarenga, 2002; Sarti, 2003a). A família vivida pouco tem a ver com a sua "naturalização", intrínseca aos atos normativos que orientam os profissionais da saúde (Hotimsky & Alvarenga, 2002). Trata-se de uma construção socialmente e historicamente datada (Ariès, 1962). A atual é concebida como um conjunto de laços de obrigações morais e recíprocas cuja amplitude e funcionalidade confundem-se com as das redes de suporte. Ou, em outras palavras, o grupo familiar pode constituir-se como uma teia de apoio desde que exerça as funções solidárias anteriormente indicadas. Entre a população de menor poder aquisitivo em nosso país, famílias são vistas como "condição de resistência e sobrevivência", pois representam "possibilidades de maximização de rendimentos, apoios, afetos e relações para obter emprego, moradia, saúde" (Carvalho, 2003:17). E observações semelhantes foram registradas em estudos sobre famílias mexicanas e norte-americanas (Bronfman, 2000; Hansen, 2005). Graças a essa concepção de família seu formato e abrangência são estendidos, passando a incluir tanto os familiares unidos também por laços de sangue quanto aqueles "fictícios" ou seja, vinculados por relações de "compadrio, amizade e vizinhança" (Bronfman, 2000).

Afinal, é comum entre grupos de menor faixa de renda o compartilhar de tarefas e obrigações, organizadas em torno de um "eixo moral" (Sarti, 2003b). Exemplo dessa prática é o costume de circulação de crianças, o qual pode ser encarado como um "padrão cultural", responsável pela adoção de "uma solução conciliatória entre o valor da maternidade e as dificuldades concretas de criar os filhos" (Sarti, 2003b:79). Conseqüentemente, afirma Sarti, o afastamento temporário entre mães e filhos não implica o rompimento de vínculos, sendo que muitas vezes representa uma extensão da maternidade e da paternidade, uma vez que as crianças consideram como seus pais – tanto que assim os denominam – aqueles que "cuidam deles" (2003b). De certa forma, esse hábito de

circulação de crianças também tem lugar por ocasião de hospitalizações prolongadas. Com freqüência, por exemplo, os irmãos dos bebês internados em UTIs neonatais ficam temporariamente sendo cuidados por pessoas em quem os pais do recém-nascido confiam, cuja seleção não passa necessariamente por um viés biológico.

A mesma flexibilidade aplicada à qualificação como mãe e/ou pai pode ser encontrada entre os avós. São parentes – 'fictícios' ou não – que desempenham importante papel de suporte e de diminuição de estresse para seus descendentes às voltas com problemas de doença. No universo de atendimento ao público infantil, urge encará-los como pais dos pais das crianças. E no de assistência à mulher, como pais das pacientes. A adoção de um olhar transgeracional e intergeracional sobre a família no campo da saúde coaduna-se com o reconhecimento de dados recentes sobre a composição das unidades domésticas no Brasil. O censo demográfico do ano de 2000 – realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – demonstra que 20,03% dos domicílios são chefiados por idosos (60 anos ou mais), sendo que, destes, 54,5% não só têm seus filhos em casa como também são seus provedores. Também há indicadores que denotam um crescimento do número de netos e bisnetos que moram com avós e bisavós: de 5.196.438 em 1991, passou a 7.659.856 num intervalo de nove anos. São os "avós cuidadores" porque buscam contribuir para a melhora da qualidade de vida de seus netos por meio de um "sistema de apoio mútuo" (Vitale, 2003).

A qualificação dos avós como participantes de redes de suportes significativas habilita-os ao exercício da "maternagem ampliada" no âmbito das UTIs neonatais, conceito que compreende a presença destes familiares nos cuidados para com o recém-nascido (Braga et al., 2001). Muitas vezes são os pais dos pais que têm disponibilidade para atender às demandas dos bebês, propiciando-lhe o indispensável "*holding*" e "*handling*" (Winnicott, 1999). Só assim será facilitada ao recém-nascido a construção de sua subjetividade, a qual passa pela constituição da mãe como uma "mãe suficientemente boa", que desenvolve a capacidade de "adivinhar" e atender às demandas do seu filho (Winnicot, 1999). Logo, é com freqüência que são escutados nesses ambientes de cuidados intensivos pedidos tais como

"Mãe, cuida de mim pra que eu possa cuidar da minha filha", ou testemunhos: "Não sei o que seria de mim sem o disque-avó, qualquer problema eu ligo pra minha mãe e ela me ajuda".

As mães dos bebês hospitalizados encontram-se "fragilizadas" por parir um filho distante de um padrão internalizado e socialmente compartilhado (Mathelin, 1999; Zornig, Morsch & Braga, 2004). E, em sua maioria, recorrem ao amparo de suas próprias mães para reparar a "ferida narcísica" que é o nascimento de um filho que necessita de cuidados médicos para sobreviver (Mathelin, 1999). Graças à ajuda daquelas que são suas principais referências para lidar com o recém-nascido – tanto que o período pós-parto caracteriza-se por uma constante "evocação" da sua própria experiência de cuidados recebidos durante a infância (Stern, 1997) –, as mães dos bebês capacitam-se então para a "formação de vínculos" e "desenvolvimento do apego" (Brazelton, 1988; Klaus, Kennel & Klaus, 2000). Assim, pode-se afirmar que os pais dos pais têm papel decisivo na construção dos laços afetivos no início da vida, os quais, por sua vez, são dimensionados como "protótipo de todas as relações sociais futuras" (Brasil, 2002:35).

A par da relevância do suporte proporcionado por pais e avós, há de se estar atento também ao desempenho dos parentes fictícios. Caso contrário, corre-se o risco de ausência do "reconhecimento da subjetividade" e de ignorância das "referências culturais" – "valores inerentes às propostas de humanização" – dos usuários dos serviços de saúde (Deslandes, 2004). Isso porque fenômenos sociais tais como migrações, distâncias entre residências, mobilidade espacial restrita e/ou certas situações do ciclo vital, como as exemplificadas, contribuem para que ocorra uma recomposição das redes de apoio. Ao lado dos obstáculos – anteriormente listados – de ordem objetiva, encontram-se alguns subjetivos, como os de um enredo familiar capaz de comprometer qualquer possibilidade de ajuda por parte da família de origem. Por vezes a história de interações prévias, se marcada por excesso de conflitos e eventuais rompimentos, inviabiliza manifestações de solidariedade e de auxílio por parte desses familiares e seus lugares ou, melhor, suas funções passam a ser exercidas por pessoas com quem haja uma troca regular de préstimos e obrigações.

Essas redes informais são compostas por indivíduos dispostos a ajudar-se entre si, não importando se os laços são de compadrio, amizade ou vizinhança, como indicado. A pauta desses aglomerados é dada pela lealdade entre parceiros, e sua estrutura é mais fluida do que a dos formados por parentes consangüíneos. Há uma tendência de os laços de amizade serem desfeitos quando assumem uma conotação negativa, isto é, quando não mais desempenham papéis de suporte, já que há uma correspondência direta entre frustração e expectativa de apoio: quanto mais elevado o nível da última, maior será o impacto da sua carência (McLaughlin, Horwitz & White, 2002). Ao contrário das relações de consangüinidade, as de afinidade são construídas a partir de escolhas pessoais, e certamente um dos critérios de seleção é a confiabilidade mútua. Por isso é que – como já dito aqui – pode-se afirmar que a interdição da atuação das redes de auxílio formadas por parentes fictícios ou amigos durante, por exemplo, uma internação hospitalar pode ter conseqüências para além desse período. A falta de atendimento às demandas de apoio por parte daqueles que supostamente tinham por "obrigação" o socorro num momento crítico pode levar a uma implosão da rede de suporte preexistente, desqualificando-a e desprovendo-a da sua positividade. A tal ponto que o retorno do paciente à sua casa pode ser marcado pelo desmanche do que antes funcionava como um vetor de identidade e de alianças fundamentais. Há inúmeros relatos acerca da "solidão, desamparo e muita dificuldade pra fazer o que o doutor pediu, pra manter limpo o curativo". As feridas podem tornar-se ainda mais profundas e as marcas, indeléveis. E a nocividade dessa armadilha é tamanha que sua ausência é considerada como um problema maior do que sua inexistência por completo, já que a última não gera qualquer tipo de expectativa e pode, eventualmente, levar os agentes sociais a procurar por "alternativas de ajuda" (Bronfman, 2000).

Por sua vez, as redes formadas por familiares com laços consangüíneos comportam interações de conotação positiva e negativa (McLaughlin, Horwitz & White, 2002) e freqüentemente "são ativadas mais por expectativas e pressões sociais do que por impulsos de lealdade" (Sluzki, 1997:31). Outro fator de distinção em relação às demais redes de

suporte é o fato de que nesses aglomerados ocorre com mais freqüência a circulação de bens materiais, a qual pode ser fundamental num momento de enfrentamento de uma enfermidade e conseqüente necessidade de aquisição de medicamentos, por exemplo. Entretanto, o fato mais relevante é que tanto esse tipo de rede de suporte quanto qualquer outro não podem ser interditados ou desqualificados, sob pena de redução das possibilidades de apoio nos momentos em que o ser humano encontra-se frente a frente com uma das questões mais cruciais de sua existência, ou seja, com a saúde. Na prática, significaria elevar ao máximo o grau de vulnerabilidade do indivíduo às voltas com situações potencialmente estressantes.

Diversas pesquisas – realizadas no Brasil, Estados Unidos, México, Moçambique e Suécia (Andrade & Vaitsman, 2002; Faber & Wasserman, 2002; Bronfman, 2000; Agadjanian, 2002; Klefbeck, 1995) – atestam a correlação existente entre a presença das redes de ajuda mútua e a saúde dos indivíduos, fazendo com que a "pobreza relativa de relações sociais" seja considerada como um "fator de risco" (Sluzki, 1997:69). Em contrapartida, o adoecimento também pode ocasionar a diminuição da freqüência de contatos sociais, favorecendo uma sensação de isolamento e de precariedade experimentada por muitos dos que são afastados involuntariamente de suas redes, comprometendo assim uma vinculação e, conseqüentemente, um sentimento de inclusão. Tem lugar, então, o mencionado processo de 'desafiliação'.

Ao distanciar-se de sua ancoragem, o indivíduo adoentado corre o risco de perda de identidade. Ora, se um dos sentidos dos programas de humanização do atendimento em saúde é o de respeito à alteridade ou a aceitação do "outro em sua humanidade" (Deslandes, 2004), torna-se válido afirmar que esse processo de desenraizamento opõe-se a tal paradigma. Desprovido de sua identidade – composta por múltiplas inserções sociais ou 'assinaturas' –, o enfermo ou a tríade mãe-pai-bebê (nos casos de assistência perinatal) tem dificuldade em "reconhecer-se e tomar consciência de seus próprios interesses" (Nogueira, 1995:343). Ou, em outras palavras, a consolidação das redes de suporte diminui a margem de exclusão social e facilita, por sua vez, a implantação de uma "atenção de qualidade, humana e individualizada" por parte dos profissionais da saúde (Brasil, 2002).

De fato, as redes de apoio constituem um *locus* privilegiado de desenvolvimento de interações, sendo que estas podem levar seus agentes ao reverso de uma posição de vulnerabilidade e mesmo à vivência de uma sensação de empoderamento (*empowerment*). Este conceito diz respeito a "um processo de ação social no qual os indivíduos tomam posse de suas próprias vidas pela interação com outros indivíduos" (Andrade & Vaitsman, 2002:928). Com isso tornam-se capazes de desenvolver um olhar crítico sobre a sociedade, buscando protagonizar iniciativas aptas a transformar em seu benefício a realidade. No campo da saúde essas atuações traduzem-se em tentativas de diminuição do fosso hierárquico presente na relação médico-paciente – outro ponto nevrálgico inerente às discussões sobre o atendimento humanizado – e na conscientização, entre os usuários desses serviços, do seu quinhão de responsabilidade na condução do seu tratamento. Passa-se então a uma conduta ativa e questionadora, calcada na troca de informações entre seus pares e na certeza de que o diálogo com os profissionais da saúde é imprescindível. Para tanto, muitas vezes lançam mão das redes sociais existentes antes da ocorrência de um determinado problema de saúde ou, a partir do seu advento, criam novas teias de suporte. Estas últimas são designadas como "redes internas" na medida em que costumam ter lugar nos limites de instituições hospitalares ou em programas comunitários de promoção de saúde (Pescosolido & Levy, 2002). Exemplos desse tipo de conjuntos podem ser encontrados nos grupos de pais de crianças hospitalizadas ou em associações de apoio aos portadores de necessidades especiais.

Logo, torna-se válido inferir que a estruturação, ou mesmo a consolidação, das redes de suporte não é operada exclusivamente a partir de déficits (Hansen, 2005). Resulta também de ações assertivas que levam seus protagonistas a acionarem determinadas relações latentes para certos fins, ou então, como indicado, a adaptarem esses objetivos à configuração de tais relações. Porém, todo esse processo depende basicamente da aceitação e do reconhecimento – a ser compartilhado por todos os atores que atuam na esfera dos serviços de saúde – da importância das redes de suporte.

Considerações Finais

Adotar uma perspectiva de rede no campo da saúde permite perceber o sentido sociológico das ações concretas dos indivíduos ao lidar com a experiência da doença. As respectivas estratégias têm tanto a ver com a multiformidade de suas inserções sociais quanto com a capacidade de modificá-las através do exercício de uma racionalidade da qual o indivíduo é objeto e sujeito. Ao pressentir o esgotamento de sua competência pessoal, o indivíduo tende a lançar mão de sua teia de suporte social, matriz de sua identidade e de seu estar no mundo. Diante das adversidades, busca alternativas para superá-las e, para tanto, recorre às tramas protetoras. Portanto, interditar ou dificultar a atuação destas últimas nas instituições de saúde significa não admitir o dinamismo das interações sociais e reduzir o ser humano a uma dimensão exclusivamente individualista. Seus canais de sociabilidade – como o da 'família ampliada' – são obstruídos, e sua inclusão social, negada. Ao ignorar o pertencimento a uma rede social de suporte a subjetividade do outro parece restrita e, na prática, irreconhecível. Nada mais destoante, portanto, das propostas de humanização da assistência em saúde.

Assim, a questão com a qual se deparam as equipes de cuidadores profissionais é a de como facilitar a ação das redes de suporte e, eventualmente, fomentar a formação de outras criadas a partir do enfrentamento de problemas de saúde. Para tanto, torna-se necessário mapeá-las, através de uma escuta e uma observação atenta das teias que nem sempre estão à mostra em função da sua informalidade e plasticidade, mas que certamente indicam o caminho para a construção de um olhar e de uma postura capazes de compreender e respeitar a alteridade.

Referências Bibliográficas

AGADJANIAN, V. Informal social networks and epidemic prevention in a third world context: cholera and HIV/Aids compared. In: LEVY, J. A. & PESCOSOLIDO, B. A. (Eds.) *Social Networks and Health*. Oxford: Elsevier Science, 2002.

ANDRADE, G.R.B. & VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4):925-934, 2002.

ARIÈS, P. *Centuries of Childhood: a social history of family life*. New York: Vintage Books, 1962.

BARNES, J. A. Redes sociais e processo político. In: FELDMAN-BIANCO, B. (Org.) *Antropologia das Sociedades Contemporâneas*. São Paulo: Global, 1987.

BOISSEVAIN, J. Apresentando "amigos de amigos": redes sociais, manipuladores e coalizações. In: FELDMAN-BIANCO, B. (Org.) *Antropologia das Sociedades Contemporâneas*. São Paulo: Global, 1987.

BOTT, E. *Familia y Red Social: roles, normas y relaciones externas en las familias urbanas corrientes*. Madrid: Taurus, 1990.

BOURDIEU, P. *O Desencantamento do Mundo*. São Paulo: Perspectiva, 1979.

BOURDIEU, P. *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983.

BRAGA, N. A. et al. Maternagem ampliada: a transgeracionalidade em UTI neonatal. *Pediatria Moderna*, 37(7):312-317, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. *Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso: Método Mãe Canguru*. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança*. Brasília: MS, 2004a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Atenção Integral à Mulher – Plano de Ação 2004-2007*. Brasília: MS, 2004b.

BRAZELTON, T. B. *O Desenvolvimento do Apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BRONFMAN, M. *Como se Vive se Muere*: *familia, redes sociales y muerte infantil*. Cuervanaca: Universidad Nacional Autonoma de México, 2000.

CARVALHO, M. C. B. O lugar da família na política social. In: CARVALHO, M. C. B. *A Família Contemporânea em Debate*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

CHOR, D. et al. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4):887-896, 2001.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):17-14, 2004.

DESLANDES, S. F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface*, 9(17):401-403, 2005.

DURKHEIM, E. As regras do método sociológico. In: *Durkheim*. São Paulo: Abril, 1978. (Os pensadores)

ELIAS, N. *A Sociedade dos Indivíduos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

FABER, A. D. & WASSERMAN, S. Social support and social networks: synthesis and review. In: LEVY, J. A. & PESCOSOLIDO, B. A. (Eds.) *Social Networks and Health*. Oxford: Elsevier Science, 2002.

FELDMAN-BIANCO, B. *Antropologia das Sociedades Contemporâneas.* São Paulo: Global, 1987.

FONTES, B. Capital social e terceiro setor: sobre a estruturação das redes sociais em associações voluntárias. In: MARTINS, P. H. & FONTES, B. (Org.) *Redes Sociais e Saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004.

HAINES, V. A.; BEGGS, J. & HURLBERT, J. S. Exploring the structural contexts of the support process: social networks, social statuses, social support, and psychological distress. In: LEVY, J. A. & PESCOSOLIDO, B. A. (Eds.) *Social Networks and Health.* Oxford: Elsevier Science, 2002.

HANSEN, K. V. *Not-so-nuclear Families: class, gender, and networks of care.* New Bruswick: Rutgers University Press, 2005.

HOTIMSKY, S. N. & ALVARENGA, A. T. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? *Revista Estudos Feministas*, 10(2):1-22, 2002.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. & KLAUS, P. H. *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KLEFBECK, J. Los conceptos de perspectiva de red y los métodos de abordaje en red. In: DABAS, E. & NAJMANOVICH, D. (Orgs.) *Redes - El Lenguaje de los Vínculos: hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Buenos Aires: Páidos, 1995.

KLOVDAHL, A. S.; GRAVISS, E. A. & MUSSER, J. M. Infectious disease control: combining molecular biological and network methods. In: LEVY, J. A. & PESCOSOLIDO, B. A. (Eds.) *Social Networks and Health*. Oxford: Elsevier Science, 2002.

LAZEGA, E. *Réseaux Sociaux et Structures Relationnelles*. Paris: PUF, 1998.

LEMIEUX, V. *Réseaux et Appareils*. Paris: Maloine, 1982.

LEMIEUX, V. *Les Réseaux d'Acteurs Sociaux*. Paris: PUF, 1999.

MARQUES, E. C. *Estado e Redes Sociais: permeabilidade e coesão nas políticas urbanas no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

MARTINS, P. H. As redes sociais, o sistema da dádiva e o paradoxo sociológico In: MARTINS, P. H. & FONTES, B. (Org.) *Redes Sociais e Saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004.

MATHELIN, C. *O Sorriso da Gioconda*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

MAYER, A. C. A importância dos "quase-grupos" no estudo das sociedades complexas. In: FELDMAN-BIANCO, B. (Org.) *Antropologia das Sociedades Contemporâneas*. São Paulo: Global, 1987.

McLAUGHLIN, J.; HORWITZ, A V. & WHITE, H. R. The differential importance of friend, relative and partner relationships for the mental health of young adults In: LEVY, J. A. & PESCOSOLIDO, B. A. (Eds.) *Social Networks and Health*. Oxford: Elsevier Science, 2002.

MENDES, J. M. O. O desafio das identidades In: SOUSA SANTOS, B. *Globalização: fatalidade ou utopia?* Porto: Afrontamento, 2001.

MINAYO, M. C. S. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):17-20, 2004.

NOGUEIRA, R. M. Redes sociales: mas allá del individualismo y del comunitarismo. In: DABAS, E. & NAJMANOVICH, D. (Orgs.) *Redes – El Lenguaje de los Vínculos: hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Buenos Aires: Páidos, 1995.

PESCOSOLIDO, B. A. & LEVY, J. A. The role of social networks in health, illness, disease and healing: the accepting present, the forgotten past, and the dangerous potential for a complacent future. In: LEVY, J. A. &

PESCOSOLIDO, B. A. (Eds.) *Social Networks and Health*. Oxford: Elsevier Science, 2002.

ROBLES, L. et al. Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2):557-560, 2000.

SARTI, C. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R. & VITALE, M. A. F. (Orgs.) *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2003a.

SARTI, C. A. *A Família como Espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003b.

SIMMEL, G. A metrópole e a vida mental. In: VELHO, O. (Org.) *O Fenômeno Urbano*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

SLUZKI, C. E. *A Rede Social na Prática Sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOARES, W. A emigração valadarense à luz dos fundamentos teóricos da análise das redes sociais. In: MARTES, A. C. B. & FLEISCHER, S. *Fronteiras Cruzadas: etnicidade, gênero e redes sociais*. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

STERN, D. N. *A Constelação da Maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

SZYMANSKI, H. Teoria e "teorias" de famílias. In: CARVALHO, M. C. B. *A Família Contemporânea em Debate*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

UDE, W. Redes sociais: possibilidade metodológica para uma prática inclusiva. In: CARVALHO, A.; GUIMARÃES, M. & UDE, W. (Orgs.) *Políticas Públicas*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

VITALE, M. A. F. Avós: velhas e novas figuras da família contemporânea. In: ACOSTA, A. R. & VITALE, M. A. F. (Orgs.) *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: IEE/PUCSP, 2003.

WINNICOTT, D. W. O conceito de indivíduo saudável. In: WINNICOTT, D. W. *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ZORNIG, S. A.; MORSCH, D. S. & BRAGA, N. A. Os tempos da prematuridade. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 7(4):135-143, 2004.

7 Humanização do Encontro com o Usuário no Contexto da Atenção Básica

Leny Alves Bomfim Trad

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil privilegiou por mais de uma década investimentos de caráter jurídico-legal com vistas à regulação da gestão e da atenção descentralizada. A ênfase em torno da redefinição das práticas de saúde e das relações sociais no interior do sistema só ocorreu mais recentemente. Com predomínio, neste caso, de iniciativas racionalizadoras e de cunho normatizador. A constatação desse quadro tem fortalecido a discussão em torno do resgate da ética no cuidado e da valorização das dimensões relacionais e subjetivas das práticas de saúde. Tais princípios encontram na noção de humanização uma espécie de mote político e conceito agregador.

Entre as múltiplas facetas do debate acerca da humanização em saúde, interessa ressaltar particularmente aquelas que remetem à valorização da atenção centrada no usuário. Esta perspectiva pressupõe o reconhecimento do usuário como portador de singularidades subjetivas e socioculturais, bem como de interesses e necessidades específicos. Além de endossar essa visão de usuário, o termo é utilizado aqui para designar o sujeito-cidadão que usa os serviços de saúde como um direito social (Santos, 1995). Distingue-se, portanto, da noção de cliente (*client*) ou consumidor (*consumer*), que reforça a idéia mercantilista da relação entre usuários e serviços de saúde (Joahansson, Oléni & Fridlund, 2002).

Essa concepção pode ser problematizada com base na imagem do 'encontro' entre o profissional da saúde e o usuário em diferentes contextos de atenção. Na reflexão acerca da humanização desse encontro, tomam-se como referência dois eixos principais. O primeiro remete às tecnologias da relação ou tecnologias leves. Conforme Merhy (1998), esse é um território marcado pelo encontro que se estabelece entre duas pessoas em um contexto de intersubjetividade, cumplicidade e responsabilização diante de um dado problema.

Ao problematizar o encontro com o usuário no âmbito da atenção básica, interessa focalizar, sobretudo, três categorias que propõe o autor ao descrever as tecnologias leves: acolhimento, vínculo e autonomia. Nas unidades básicas de saúde, os encontros com os usuários são mais freqüentes e contínuos (Sugarman, 2000; Starfield, 2004). Tais espaços configuram-se, portanto, como fontes preferenciais de acolhimento das demandas de saúde da população. Propiciam, ademais, o estabelecimento de vínculos mais estáveis e duradouros. Por fim, os profissionais que atuam nesse âmbito visam, geralmente, a objetivos de mais longo prazo com base na atenção integral, não se restringindo à intervenção sobre um problema pontual (Starfield, 2004; Zoboli & Fortes, 2004). Devem considerar, contudo, que no enfrentamento dos problemas devem ser desenvolvidas ações que permitam um maior grau de autonomia do usuário no seu modo de estar no mundo (Merhy, 1998).

Um segundo eixo de discussão, certamente imbricado com o primeiro, refere-se ao reconhecimento das necessidades dos usuários. Como adverte Cecílio (2001:116) "quando alguém procura um serviço de saúde, está trazendo uma cesta de necessidades de saúde". Caberia à equipe de saúde, acrescenta o autor, ter sensibilidade e preparo para decodificar e saber atender a tais necessidades. Entretanto, já existe um consenso sobre as dificuldades para se precisar as necessidades de saúde, que decorrem, principalmente, de fragilidades na definição do que seja 'necessidade' e sua determinação (Starfield, 2004).

Neste artigo desenvolve-se uma reflexão acerca dos desafios que pressupõem a humanização no âmbito da atenção básica, representada

aqui na perspectiva do encontro entre o trabalhador da saúde e o usuário. A discussão em torno dos dois eixos assinalados tem como contraponto empírico dados extraídos de um estudo de casos de avaliação qualitativa do Programa Saúde da Família (PSF) na Bahia. O estudo analisou as práticas de saúde no PSF e as relações entre equipes e usuários do programa em cinco municípios baianos.[1] Incorporam-se também dados de um outro estudo de caso que focalizou a prática da enfermeira do PSF, com as tecnologias leves.[2] Ambos os estudos utilizaram grupos focais (com equipes do PSF e usuários) e entrevistas em profundidade (incluindo-se aqui secretário municipal de Saúde e coordenadores do programa).

Como ponto de partida, apresenta-se uma breve revisão do conceito de humanização. Concordamos com Deslandes (2004) que essa categoria carece ainda de definições mais claras que elucidem os seus contornos teóricos e operacionais, sua abrangência e aplicabilidade. Como enfatiza a autora, não há sequer consenso sobre a pertinência e oportunidade de sua utilização.

Humanização: ressignificando o seu sentido na saúde

A revisão sobre humanização levada a cabo por Casate e Corrêa (2005) indica diferenças significativas no enfoque da humanização presente na produção científica entre as décadas de 50 a 80 e os trabalhos da última década. No primeiro caso, como dizem os autores, a humanização é entendida em uma "perspectiva caritativa". O paciente é mostrado como ser frágil, vulnerável e dependente, que desperta a piedade dos profissionais da saúde. Nestes, por sua vez, são valorizadas características como doçura, compaixão e espírito de caridade. Acrescenta-se ainda o reconhecimento do caráter divino de sua atuação.

Em contrapartida, a concepção de humanização que emerge na década de 1990 caminha na direção da valorização de sujeitos, de relações dialógicas e de trocas solidárias. Vislumbra-se, por essa via, a possibilidade de a humanização representar uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo (Deslandes, 2004). Essa perspectiva reivindica o estabelecimento de relações saudáveis e

responsáveis entre sujeitos que compartilham saber, poder, experiências de vida e o compromisso ético e político com intervenções seguras (Casate & Corrêa, 2005).

No discurso institucional sobre humanização no contexto do SUS (Brasil, 2003), são explicitados princípios que revelam uma clara sintonia com esse segundo enfoque: valorização dos diferentes sujeitos implicados na produção da saúde – usuários, trabalhadores e gestores; fomento à autonomia e ao protagonismo; sensibilidade cultural das práticas; co-responsabilidade na gestão e atenção em saúde; identificação das necessidades sociais; construção de vínculos solidários; fortalecimento do trabalho multiprofissional pautado na transversalidade e no sentido de equipe; compromisso com a qualidade do ambiente, das condições de trabalho e de atendimento.

No âmbito da produção nacional mais recente, como assinala Deslandes (2004), observa-se a tendência a se associar a 'humanização' com uma assistência que valorize a qualidade técnica e ética do cuidado. Inscreve-se nessa ótica o reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais, a valorização do profissional e do diálogo intra e interequipes. Nesse novo enfoque, a humanização é entendida como um processo que vai além da melhoria da qualidade da relação profissional-usuário; pressupõe o desenvolvimento do sentido de cidadania e de participação crítica (Traverso-Yépez & Morais, 2004).

A preocupação com a sensibilidade cultural no contexto da humanização em saúde é destacada por Caprara e Franco (1999). Ao analisar os padrões comunicacionais da relação médico-paciente, os autores ressaltam a importância de se fomentar uma abordagem hermenêutica. Valoriza-se nessa concepção a incorporação do ponto de vista dos usuários e de seus familiares. O que implica, enfatizam os autores, o reconhecimento das práticas populares de saúde. A defesa de abordagens culturalmente sensíveis e que favoreçam o empoderamento dos usuários é identificada também em Tornquist (2003). A autora critica experiências de humanização restritas a aspectos técnicos isolados, pautadas ademais em visões etnocêntricas e universalizantes de saúde-doença.

Os esforços em torno do refinamento da categoria 'humanização' podem contribuir para lhe conferir maior consistência teórica. Espera-se, igualmente, que orientem o processo de requalificação das práticas de saúde. A operacionalização de um modelo de atenção comprometido com os princípios anteriormente mencionados implicaria uma ruptura com um certo modo de pensar e agir em saúde.

Ao se refletir acerca da humanização do encontro com o usuário, interroga-se de que modo princípios como 'relações dialógicas', 'compromissos éticos', 'sensibilidade cultural' seriam expressos no cotidiano dos serviços. Para responder a essa questão no contexto da atenção básica, considera-se especialmente oportuno focalizar o universo das denominadas tecnologias da relação. A seguir, discutem-se particularmente dimensões conceituais e práticas relativas ao acolhimento, aos vínculos com o usuário e à autonomia.

Acolhimento, Vínculo e Autonomia: concepções e experiências concretas no âmbito do PSF

Ao refletir acerca da natureza do encontro que se estabelece entre o trabalhador da saúde e o usuário no serviço, Franco, Bueno e Merhy (1999) destacam a dupla face que ele encerra. Por um lado, se configura como produção de relações de escutas e responsabilizações, constituição de vínculos e de compromissos em projetos de intervenção. Por outro, conforma o encontro entre necessidades e processos de intervenção tecnologicamente orientados, implicados com a manutenção e/ou recuperação de um certo modo de viver a vida. Ambos os sentidos remetem a processos de produção em saúde nos quais o acolhimento adquire uma expressão significativa.

O acolhimento pode ser entendido como um dispositivo que perpassa os diferentes espaços e momentos do trabalho de um serviço de saúde, não se restringindo, portanto, a um espaço de recepção ou a um componente do fluxograma assistencial (Teixeira, 2003). Apresenta-se, principalmente, como uma etapa do processo de trabalho que os serviços de saúde desencadeiam na sua relação com o usuário (Franco, Bueno & Merhy, 1999).

Essas definições ajudam a entender a importância que o acolhimento tem na atenção básica de saúde, tomando como referência algumas características deste nível de atenção, sistematizadas por Starfield (2004): porta de entrada, integração aos demais níveis do sistema, coordenação do fluxo da atenção. No caso brasileiro, essas funções têm sido atribuídas às unidades e respectivas equipes do PSF, ao menos nas áreas cobertas pelo programa.

São bastante valorizadas por usuários do PSF atitudes dos profissionais das equipes que para eles representam o diferencial desta proposta em relação a outras experiências nos serviços de saúde: uma escuta paciente e interessada, a gentileza e a preocupação em transmitir bem as informações durante o atendimento (Trad et al., 2002; Santos, 2005).

Por meio da avaliação do acolhimento é possível apreender tanto a qualidade da recepção das demandas expressas pelo usuário como os critérios e condições de acesso a diferentes pontos do sistema (Franco, Bueno & Merhy, 1999). A persistência de filas para o atendimento básico e a precariedade do acesso a laboratórios, consultas especializadas e ao atendimento hospitalar foram limitações observadas no acolhimento do PSF baiano (Trad et al., 2002). Vale lembrar que a questão das filas e a dificuldade de acesso à atenção especializada e hospitalar por parte da população figuram entre os indicadores de desumanização da assistência em saúde.

Além de constatar essas fragilidades, é interessante procurar entender suas razões. Para gestores e profissionais do PSF, o quadro apresentado resulta da insuficiência de investimentos em infra-estrutura de serviços aliada a uma concepção inadequada de alocação de recursos (Trad et al., 2001). Esse dado nos faz lembrar que um projeto de humanização em saúde deve aliar preocupações de caráter relacional com investimentos e transformações na infra-estrutura da rede de serviços. Por mais acolhedoras que sejam as atitudes dos trabalhadores da saúde para com os usuários, elas não podem prescindir da existência de condições concretas para o atendimento das demandas destes. A impossibilidade de acesso a serviços e tecnologias necessárias ao enfrentamento da dor, do mal-estar, enfim, da recuperação da saúde representam um claro obstáculo a uma atenção humanizada.

Quanto à questão do vínculo, ela põe em evidência dois elementos bastante caros a uma concepção humanizada da atenção em saúde: longitudinalidade e confiança. Enquanto o primeiro constitui uma das características centrais da atenção primária de saúde, o segundo é potencialmente favorecido neste âmbito de atenção. A longitudinalidade, como informa Starfield (2004:247), deriva da palavra 'longitudinal', e significa "lidar com o crescimento e mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos", o que se consegue através de uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais da saúde e os pacientes em suas unidades de saúde.

O termo 'longitudinalidade' expressa também, como ressalta Starfield, o reconhecimento por parte dos indivíduos da disponibilidade de uma fonte segura de atenção (sentida como 'sua'), a qual existe independentemente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados à saúde, ou ainda do tipo de problema (Starfield, 2004). Dito de outro modo, uma fonte com a qual se pode contar e na qual se pode confiar. Do lado dos prestadores dos serviços, salienta a autora, isso implicaria o reconhecimento, ainda que implícito, da existência de um contrato formal ou informal de disponibilização dessa fonte permanente de atenção orientada para a pessoa, e não para a doença.

Algumas características do PSF apresentam uma clara coerência com as definições apresentadas de longitudinalidade. Destaca-se, por exemplo, a delimitação precisa de um território de atuação e de uma dada população (famílias) sob a responsabilidade da equipe de saúde. Característica que favorece especialmente os processos de vinculação. De fato, verificou-se entre profissionais do PSF a percepção de que o atendimento em um território delimitado favorece a construção de vínculos com os usuários (Trad et al., 2002). A existência de contatos mais freqüentes e de uma relação continuada no tempo é condição facilitadora nesse processo. Alia-se a esse fato, segundo os mesmos profissionais, a possibilidade de realização de um trabalho no domicílio dos usuários. Essa aproximação com o ambiente familiar favorece a compreensão e o enfrentamento conjunto dos problemas vivenciados pelas famílias.

Por outro lado, essa maior aproximação entre as equipes do PSF e as famílias contribui para maior penetração na intimidade destas últimas. Esse aspecto traz à tona o debate acerca das diferenças entre espaço público e privado e sobre a tensão identidade-alteridade. Essas tensões encontram na visita domiciliar sua expressão mais evidente.

Como ponto de partida, é preciso assinalar que os espaços do serviço diferem nas suas rotinas e regras de conduta e funcionamento do contexto domiciliar. Mas, sobretudo, não se pode desconsiderar o papel simbólico que exerce a casa, a moradia, no que se conhece como 'vida privada'. Ao penetrar no domicílio, "'entra-se em casa', no lugar próprio que por definição não poderia ser o lugar de outrem. Aqui todo visitante é um intruso, a menos que tenha sido explícita e livremente convidado a entrar" (De Certeau, Giard & Mayol, 1996:203). A visita domiciliar deve ser cercada, portanto, de escrúpulos éticos, começando pelo reconhecimento do direito das famílias de receber ou não a visita constante de integrantes das equipes de saúde.

A resistência de algumas famílias em receber a equipe do PSF é um dado que já foi evidenciado em estudos que abordaram o programa (Trad et al., 2002; Nunes et al., 2002). Ela pode ser derivada, em alguns casos, do desejo dos donos da casa de não expor ao olhar alheio os sinais de sua pobreza. Em outros, pelo motivo inverso: evitar que se reconheçam sinais de sua ascensão social, a qual não lhes interessa tornar pública. "Indiscreto, o habitat revela sem disfarce o nível de renda e ambição social de seus ocupantes" (De Certeau, Giard & Mayol, 1996:204). Ou, simplesmente, algumas famílias rejeitam a visita pelo que ela representa de intromissão, de interferência nas suas rotinas domésticas ou de imposição de uma presença alheia (Trad et al., 2001).

O planejamento das atividades a serem realizadas nos domicílios pelas equipes do PSF não pode ser encarado como parte da rotina burocrática dos serviços. Existem decisões que não podem prescindir da consulta às famílias. A definição de horários de visitas compatíveis com as rotinas domésticas ou com a disponibilidade em geral da família, por exemplo, depende de uma consulta prévia.

A postura adotada uma vez estando no domicílio é outro aspecto a ser considerado. Conceder sempre aos donos da casa a iniciativa de demarcação dos aposentos da casa a que o profissional da saúde pode ter acesso seria uma atitude básica de respeito à privacidade. Trata-se, basicamente, de distinguir as particularidades e a dinâmica própria de cada contexto – serviço x espaço domiciliar ou 'casa' – e os limites da intervenção sobre este último.

Cabe destacar, neste ponto, alguns aspectos relativos ao princípio da autonomia no contexto da saúde. Quando se analisam as implicações e os limites do uso prático desse princípio, nos deparamos com o fato de que, em certas circunstâncias, ele pode ser contraditório com o princípio da responsabilidade e da defesa do interesse coletivo. Siqueira-Batista (2004), com base em contribuições de especialistas no campo da bioética, sistematiza alguns limites que restringem a aplicação do conceito de autonomia: a) a possibilidade, sempre real, especialmente em países como o Brasil, com déficits educacionais significativos, de que haja dificuldade por parte dos indivíduos em compreender as alternativas que se lhes apresentam e optar pela mais adequada; b) a obediência a normas de conduta, socioculturalmente determinadas, que condicionam e restringem a liberdade de agir; c) a existência de conflitos entre os princípios de autonomia, justiça, maleficência ou beneficência; d) a assimetria nas relações entre profissionais da saúde e pacientes, que pode implicar 'choque' entre a autonomia do enfermo e a responsabilidade profissional.

Sem discordar das restrições que se impõem ao pleno exercício da autonomia, acreditamos que é possível operar nos limites de suas fronteiras. Parece razoável, por exemplo, respeitar o papel ativo dos indivíduos na conformação de seus itinerários terapêuticos. É possível também distinguir os limites entre uma intervenção de caráter sanitário de uma imposição de um certo modo de pensar e viver a vida. Esses fundamentos não parecem facilmente assimiláveis pelos trabalhadores da saúde, inclusive entre aqueles que atuam no PSF.

O estudo de Santos (2005) indica que as relações entre os profissionais do PSF e os usuários não têm conseguido avançar na perspectiva dialógica.

Foi observado que sob o pretexto de 'conscientizar' os usuários, se lhes tenta impor um código de condutas. São prescrições guiadas exclusivamente pela racionalidade técnico-científica à qual se vincula o profissional. Verifica-se também a dificuldade das equipes do PSF em compreender e integrar o saber e as práticas populares de saúde, assimiladas pelas famílias que elas atendem (Nunes et al., 2002), que configura um ponto de tensão nas relações entre os profissionais das equipes e as famílias.

O Encontro com as Necessidades dos Usuários: penetrando no terreno do imponderável

O compromisso com a "identificação das necessidades sociais" ou com a consideração das "necessidades e interesses dos sujeitos" são princípios expressos na Política Nacional de Humanização (Brasil, 2003). Embora se considere válida a inclusão desses princípios, é preciso enfatizar as dificuldades de se precisar a categoria 'necessidade'. A própria inserção do termo no documento mencionado lhe confere dois sentidos diversos. O primeiro remete a uma dimensão mais coletiva do termo. O outro acentua sua natureza individualizada. Certamente, pode-se conceber o caráter complementar desses dois sentidos. Entretanto, essa diversidade de sentidos e suas possíveis articulações não são assinaladas no texto consultado. Reconhecendo o caráter polissêmico do termo 'necessidades', empreende-se a seguir um esforço de refinamento conceitual desta categoria. Parte-se do conceito geral de necessidade para, em seguida, perseguir uma concepção específica ao campo da saúde.

Baudrillard considera que a necessidade se define por modelos de conformidade e de concorrência que têm origem no contexto de grupo ou de grandes modelos culturais, mas que voltam a se ligar à sociedade global ou à história. Ele chama a atenção para o lugar ocupado pelo sistema de produção e as forças sociais que o sustentam no processo de determinação das necessidades: "não são as necessidades o fruto da produção, mas o sistema das necessidades é que constitui o produto do sistema de produção – o que é inteiramente diferente" (Baudrillard, 1971:75).

Heller (1996), embora não se distancie, em princípio, da perspectiva adotada por Baudrillard, lança luz sobre a dimensão institucional das necessidades. Ela considera que as necessidades são designadas a pessoas de acordo com sua categoria grupal em um contexto institucionalizado. Desse modo, a atenção às necessidades se submete a critérios de hierarquia dentro das instituições políticas e sociais, desfavorecendo grupos com menos poder. As considerações de Heller indicam que o processo de reconhecimento e satisfação das necessidades dos diferentes grupos sociais reproduz a mesma hierarquia que define suas posições no sistema produtivo e social.

Pereira (2000) considera mais conveniente a utilização da categoria "necessidades humanas básicas", cuja definição, segundo ele, poderia contribuir para políticas públicas mais coerentes e confiáveis. O autor defende a adoção da concepção desenvolvida por Doyal e Gough em 1991, fundada na crítica ao que denominam de concepções naturalistas, relativistas e culturalistas das necessidades. O modelo proposto se sustenta na seguinte tese: "todos os seres humanos, em todos os tempos, em todos os lugares e em todas as culturas, têm necessidades básicas comuns (...) e embora a satisfação das necessidades humanas básicas possa variar, essas necessidades não são passíveis de variação" (Pereira, 2000:66).

A proposta de Doyal e Gough, acolhida por Pereira (2000), apresenta fundamentos polêmicos. Por um lado, é certo que as aspirações universalistas das políticas públicas dependem de definições consensuais acerca de padrões de uma existência digna e saudável. Existência esta que, como salienta Pereira, só será desenvolvida se certas necessidades fundamentais e comuns a todos forem atendidas. Por outro lado, há sempre o risco de que os argumentos apresentados, em princípio imbuídos do senso de justiça social e de bem-estar coletivo, sirvam de pretexto para a conformação de políticas autoritárias e massificantes. Políticas que restringiriam a expressão de singularidades.

Pode-se criticar a visão mercadológica das necessidades, por conferir demasiada ênfase aos desejos particulares, como também a visão culturalista, por exagerar na importância atribuída aos marcos identitários. Em ambos os casos, torna-se mais difícil uma ação política mais abrangente.

Mas, seria também questionável adotar uma compreensão de necessidade social que se reduz a um cálculo de padrões universalizáveis.

Focalizando especificamente a necessidade em saúde, Donabedian (1973) a define como uma demanda potencial de serviços. Ele salienta a inter-relação entre necessidades, provisão de serviços e recursos, sendo estes dois últimos conceitos intercambiáveis. O autor propõe um modelo de avaliação das necessidades de saúde que contemple a perspectiva do cliente e do provedor. Ambos devem participar no processo de determinação do momento e da situação que justifiquem a procura de cuidados médicos. Devem definir também os tipos de cuidados apropriados. O início do processo de cuidado, bem como o seu sucesso, vai depender do grau de congruência entre essas duas 'avaliações' (do médico e do provedor).

A relação usuário-serviço é descrita por Donabedian (1973) através de dois processos interligados. Primeiro (geralmente) se desenrola o itinerário terapêutico do usuário, que segue esta ordem: ele reconhece a necessidade e toma a decisão de procurar ajuda; uma vez iniciado o processo de procura de cuidado, o usuário passa a ocupar a condição de 'carente' ou 'necessitado' e se comporta como tal; na busca do cuidado ele recorre geralmente aos serviços primários de saúde, mas pode também recorrer aos sistemas informais de saúde – ambas as iniciativas podem ser precedidas por tentativas de automedicação. Uma vez acionados, os médicos do serviço (geralmente atenção primária) dão os seguintes passos: desencadeiam o processo de investigação, avaliação e diagnóstico; decidem por uma dada intervenção; envolvem outros profissionais ou níveis de atenção se esta decisão assim demandar.

O quadro descrito corresponde, sem dúvida, a uma situação clássica na interação entre o usuário e o serviço, e considera o fato de que o sistema formal de atenção não é a única alternativa assistencial acionada pela população. Em contrapartida, restringe a necessidade do usuário a problemas de ordem vital ou a um evento médico e, desta forma, reduz o seu sentido a processos fisiopatológicos.

Cecílio (2001) propõe uma concepção de necessidades de saúde que se revela bastante afinada com elementos apontados aqui como

constitutivos de uma abordagem humanizada. Sua taxonomia contempla quatro eixos principais, nos quais se reconhecem diferentes sentidos das necessidades de saúde: 1) a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa vivenciou ou está vivenciando (do desemprego à violência no lar); 2) a procura de um vínculo efetivo com algum profissional; 3) a necessidade de ter maior autonomia no modo de andar a vida; 4) ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida. O autor assinala, ademais, as possíveis diferenças entre demandas e necessidades:

> A demanda é o pedido explícito, a 'tradução' de necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, demanda, em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamento, realização de exames (as ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários...); as necessidades podem ser bem outras. (Cecílio, 2001:116)

É interessante confrontar as definições apresentadas com a visão dos usuários. No estudo realizado no âmbito do PSF baiano (Trad et al., 2001), interrogaram-se os usuários sobre quais seriam suas necessidades de saúde e como avaliavam a resposta do serviço (PSF) a tais necessidades. Entre os resultados encontrados, destacam-se os pontos que mais despertaram a nossa atenção. Analisando as necessidades mencionadas, observa-se que a ênfase em elementos relacionados com o complexo médico-hospitalar divide espaço com outros, claramente vinculados às condições de vida. Assim, a necessidade de remédios, ambulância, serviços especializados etc. foi mencionada quase que na mesma freqüência que itens como trabalho, educação ou saneamento básico. Expressões como "o que a gente precisa é de trabalho" ou "tem que melhorar esta questão da violência no bairro" foram recorrentes entre os depoimentos.

Reconhece-se na visão desses usuários ao menos dois dos sentidos atribuídos ao conceito de necessidade, apresentados na taxonomia proposta por Cecílio (2001), que remetem, respectivamente, ao acesso a tecnologias e serviços e a melhores condições de vida. Caberia aqui indagar se os serviços

de saúde têm sido sensíveis a essa concepção de necessidade expressa pelo usuário. Em geral, a concepção de necessidades de saúde adotada pelos serviços restringe-se a problemas relacionados com o estado vital. Baseia-se na análise do perfil epidemiológico clássico. Por essa via, seguramente, não seria reconhecido o elenco importante de necessidades apresentado pelos usuários, antes mencionado.

É necessário reconhecer, contudo, que vêm se processando avanços nas tecnologias adotadas pelos serviços. No estudo do PSF baiano, a avaliação dos usuários relativa à resposta das equipes do PSF às suas necessidades foi bastante positiva. Vários depoimentos enfatizaram o esforço dos profissionais em atender às demandas dos usuários. Ressaltou-se, especialmente, que as equipes eram receptivas e sensíveis aos problemas das famílias e da comunidade e se empenhavam em ajudá-los na busca de soluções.

Dois outros dados merecem destaque no referido estudo. O primeiro acentua o protagonismo das mulheres na relação com os serviços de saúde. Sua presença é majoritária nas unidades. Principais informantes do estudo, as mulheres expressavam com clareza as necessidades de saúde da família e da comunidade. Era evidente o papel que elas desempenhavam no cuidado com a saúde no contexto doméstico e na conformação do itinerário terapêutico dos integrantes da família.

O outro dado remete a indicadores de solidariedade ou ações colaborativas entre os usuários no tocante às necessidades de saúde. Foram detectadas diferenças significativas entre as áreas rurais ou semi-rurais e urbanas. No primeiro caso, foram comuns as referências a situações de apoio mútuo entre os moradores no enfrentamento dos problemas de saúde. Colaborar no parto da vizinha, fazer-lhe um chá quando está enferma ou recorrer à unidade de saúde para demandar um atendimento para alguém da comunidade foram algumas das situações relatadas nas áreas rurais ou semi-rurais.

Nas áreas urbanas, pelo contrário, a ênfase está posta na necessidade individual. Predomina nesse contexto a competição pelos recursos sanitários disponíveis. Foram raros, neste caso, relatos de experiências em que predominasse o senso de cooperação e solidariedade. O individualismo vai

se firmando nessas áreas como um traço irremediável da modernização ou do crescimento urbano. Aliada à pobreza, a máxima de "cada um por si e deus por todos", que parece vigorar no seio da comunidade, contribui para a imobilização e, às vezes, indiferença diante dos problemas coletivos.

Retomando as observações de Cecílio (2001:116), a integralidade – à qual se acrescenta a humanização – é expressa no serviço pelo "esforço da equipe de traduzir e atender da melhor forma possível" às necessidades dos usuários. O autor enfatiza ainda que, além de reconhecer o caráter complexo de tais necessidades, é preciso captá-las "em sua expressão individual". Para levar a cabo a tarefa de tradução das necessidades dos usuários, é fundamental ampliar o conhecimento acerca do contexto sociocultural em que eles estão inseridos. Respeitar o caráter singular dessas necessidades inclui levar em conta como elas são expressas pelos usuários. E no intento de humanização do encontro com o usuário, não basta escutá-lo. É preciso situar o seu discurso em uma realidade social própria na qual incidem, entre outros aspectos, questões de gênero ou características territoriais.

Considerações Finais

O compromisso com o acolhimento das demandas e necessidade dos usuários e a constituição de vínculos guiados pelo respeito à autonomia ou às diferenças constituem princípios indispensáveis em um projeto de humanização em saúde. Trata-se de definir um novo patamar ético e tecnológico das práticas em saúde. Nesse processo, é necessário perseguir o equilíbrio entre responsabilização e respeito à autonomia ou entre aproximação e respeito à privacidade.

Convém enfatizar, contudo, os desafios que pressupõe um processo de ressignificação dos sentidos e das práticas do cuidado em saúde, representada aqui pela metáfora do encontro. É preciso levar em conta os limites que o real impõe a trabalhadores e usuários da saúde. As deficiências de infra-estrutura dos serviços ou o quadro de pobreza que afetam a muitos usuários são alguns desses limitadores. São dificuldades que podem ser encaradas como combustível para uma ação transformadora. Mas que não devem ser subestimadas.

Nas relações que se estabelecem no interior dos serviços de saúde podem ocorrer encontros e desencontros, ruídos e estranhamentos (Franco, Bueno & Merhy, 1999). As distâncias socioeconômicas e culturais entre profissionais da saúde e usuários, agravadas pelo quadro de desigualdade social do país, tornam mais difícil o estabelecimento de relações dialógicas. Alguns dados reportados da experiência no âmbito do PSF ilustram situações de conflito ou tensão entre equipes de saúde e usuários.

Por outro lado, nos mesmos contextos estudados foram comprovados também claros indícios de compromisso das equipes com o acolhimento dos usuários. Com uma escuta cuidadosa de seus problemas. E, do lado dos usuários, a visão que expressam de suas necessidades vai se distanciando de um enfoque estritamente biomédico.

A reflexão sobre esses encontros e desencontros entre trabalhadores da saúde e usuários propicia o entendimento das tecnologias das relações como uma hermenêutica do cuidado. Com efeito, Teixeira (2001) salienta que as tecnologias podem ser vistas como autênticas hermenêuticas, posto que elas realizam um processo contínuo de interpretações. Referindo-se especificamente às tecnologias leves, o autor as concebe como um "espaço de conversação", e considera os serviços de saúde como "redes de comunicação" complexas e dinamicamente interligadas (Teixeira, 2003).

A idéia de rede de relações e de comunicações pode constituir uma via fértil para se analisar a complexa interação trabalhador da saúde-usuário. Por um lado, acentua o caráter aberto de sua dinâmica, de seus sentidos e finalidades, admitindo, portanto, múltiplas configurações para o encontro entre esses sujeitos. Por outro, permite acionar uma hermenêutica de dupla via, posto que o exercício de interpretação se impõe tanto ao trabalhador quanto ao usuário da saúde, em um processo de reconhecimento mútuo de visões, expectativas e limites. Deve-se considerar ainda a possibilidade de lidar positivamente com a alteridade revelada no desencontro (Ayres, 2001).

Notas

[1] O estudo intitulado 'A construção social da estratégia de Saúde da Família na Bahia: condições, sujeitos e contextos' foi coordenado pela autora. Os dados inseridos no artigo foram extraídos do relatório técnico enviado ao CNPq (Trad et al., 2001) e de duas publicações posteriores (Trad et al., 2002; Nunes et al., 2002).

[2] Trata-se da dissertação de mestrado de Daniela Gomes Santos (Santos, 2005) baseada em pesquisa realizada em um pequeno município da Bahia, orientada pela autora.

Referências Bibliográficas

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1):63-72, 2001.

BAUDRILLARD, J. *A Sociedade de Consumo*. Lisboa: Ed. 70, 1971.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Oficina Nacional HumanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização*. Brasília: MS, 2003.

CAPRARA, A. & FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(3):647-654, 1999.

CASATE, J. C. & CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(1):105-111, 2005.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde.* Rio de janeiro: IMS-Uerj, Abrasco, 2001.

DE CERTEAU, M.; GIARD, L. & MAYOL, P. *A Invenção do Cotidiano.* Petrópolis: Vozes, 1996. Vol. 2.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):7-14, 2004.

DONABEDIAN, A. Assessment of need-general framework. In: DONABEDIAN, A. *Aspects of Medical Care Administration*. Cambridge: Harvard University Press, 1973.

FRANCO, T.; BUENO, W. S. & MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*,15(2):345-353, 1999.

HELLER, A. Uma teoria das necessidades revistas. In: GRANJO, M. H. *Agnes Heller*. Petrópolis: Vozes, 1996.

JOAHANSSON, P.; OLÉNI, M. & FRIDLUND, B. Patient satisfaction with nursing care in the context of the health care: a literature study. *Nordic College of Caring Sciences*, *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 16:337-344, 2002.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In: CAMPOS, C. R. et al. (Org.) *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção de identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(6):1.639-1.646, 2002.

PEREIRA, P. A. P. *Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais*. São Paulo: Cortez, 2000.

SANTOS, D. G. *A prática da enfermeira no Programa Saúde da Família: um olhar sobre a dimensão subjetiva e relacional*, 2005. Dissertação de Mestrado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

SANTOS, M. P. *Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário*, 1995. Dissertação de Mestrado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

SIQUEIRA-BATISTA, R. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):31-41, 2004.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2004.

SUGARMAN, J. (Ed.) *Ethics in Primary Care*. New York: McGraaw-Hill, 2000.

TEIXEIRA, R. R. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1):49-61, 2001.

TEIXEIRA, R. R. *Estudo sobre a técnica e a saúde*, 2003. Tese de Doutorado, São Paulo. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2):417-429, 2003.

TRAD, L. A B. et al. A construção social da estratégia de saúde da família: condições, sujeitos e contextos. Relatório Técnico/CNPq. s. l.: s. n., 2001. (Mimeo.)

TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico de satisfação de usuário do Programa Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3):581-589, 2002.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. & MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1):80-88, 2004.

ZOBOLI, E. L. C. P. & FORTES, P. A. C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6):169-169, 2004.

Humanização no Atendimento em Saúde e Gestão Comunicativa

8

Elizabeth Artmann
Francisco Javier Uribe Rivera

O objetivo deste capítulo é analisar algumas das bases epistemológicas da política de humanização abraçada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004) e discutir suas possibilidades. Esta discussão se pauta pelo reconhecimento da existência de nichos comunicativos no espaço público da saúde, capazes de fortalecer uma cultura de humanização que aqui problematizamos.

Inicialmente analisamos o conceito de humanização. Em seguida discutimos alguns desafios para o atendimento humanizado, como a possibilidade de articular o melhor do saber tecnológico da clínica com um tipo de agir comunicativo capaz de produzir nexos intersubjetivos fortes entre profissionais e usuários. Posteriormente, argumentamos sobre o tema das injunções culturais e dos impedimentos ou obstáculos comunicativos do sistema atual ou da cultura atual dos serviços, o que nos leva a discutir a dimensão cultural nas organizações de saúde. Uma concepção dinâmica e não maniqueísta da cultura, que admite a contradição e a presença de novos traços culturais no sistema atual, serve como alicerce para sedimentar a convicção na possibilidade de crítica comunicativa a aspectos culturais que obstaculizam uma cultura da comunicação ou da humanização.

Finalmente, apresentamos nossas propostas no campo da gestão, que poderiam ajudar na construção de espaços de fortalecimento de uma política de humanização nos serviços de saúde. Esta abordagem implica pensar um sistema de gestão que potencialize a comunicação, de modo a contribuir para atender a um dos requisitos dessa política, representado pelo estabelecimento de um sistema de gestão colegiado e participativo.

Humanização, Acolhimento e Vínculo

O termo 'humanização do atendimento em saúde' está na pauta de alguns movimentos e iniciativas relacionadas a atendimentos a crianças, bebês em UTI há algumas décadas e apoiados pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996). Nos últimos anos, o Ministério da Saúde tem procurado investir na melhoria da gestão hospitalar e do atendimento oferecido à população, procurando contribuir para a construção de uma cultura de atendimento humanizada. Programas voltados para a área materno-infantil como o do Parto Humanizado, Mãe Canguru e Hospital Amigo da Criança têm sido implementados e, desde 2000, o Ministério da Saúde assume o tema humanização a partir da regulamentação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH).

A partir de 2002, o tema ganha relevância com a discussão das Diretrizes Sobre a Reformulação dos Modos de Gestão e de Atenção à Saúde,[1] que ressaltam o papel do Ministério da Saúde como agente das mudanças em prol da descentralização e da gestão participativa no SUS (Brasil, 2003).

A humanização pode ser vista como uma política transversal a permear todos os programas e formas de atendimento do sistema. Deslandes (2004b), ao analisar o texto oficial sobre humanização (Brasil, 2004), destaca sua definição representada pela oposição à violência, pela superação da negação do outro e pelo reconhecimento da alteridade, assim como pela capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento. Finalmente, a humanização é vista como melhoria das condições de trabalho do cuidador. A ampliação do processo comunicacional como condição básica à humanização é também destacada pela autora nos textos oficiais.

O objetivo da proposta de humanização, segundo os textos oficiais, engloba a criação de uma nova cultura do atendimento, fundada na comunicação. O espaço da relação profissional-usuário, das relações entre profissionais generalistas e especialistas (marcado pela busca de uma relação interdisciplinar), e o espaço entre os diversos serviços diferenciados em termos de nível tecnológico e de especialidades seriam o *locus* privilegiado dessa nova cultura.

Podemos observar uma evidente superposição e uma estreita relação entre os conceitos de humanização, acolhimento e vínculo. De todo modo, há que se estabelecer uma distinção, pois há diferenças de escopo e de abrangência. A humanização é uma estratégia política e gerencial mais abrangente, que contém as possibilidades do acolhimento e do vínculo, como dispositivos práticos ligados às formas imediatas de cuidado social e individual.

Para nós, o conceito de vínculo, caracterizado em sua dimensão coletiva, contém o acolhimento como potencial, quando articulado à idéia de uma população adscrita ou vinculada a uma determinada equipe profissional, com um sentido de território. Essa possibilidade de um território populacional estar ligado organicamente a uma equipe contribui para um sentido de permanência, de constância, de regularidade e de confiança que fortalece a noção de vínculo intersubjetivo, a qual abrange a idéia de acolhimento. É importante salientar aqui a idéia de uma relação intersubjetiva sedimentada na confiança, tema abordado adiante, para além da idéia de território.

Teixeira (2003) traz uma compreensão interessante sobre o acolhimento baseada em sua percepção como uma rede de conversações. O acolhimento seria um complexo acolhimento-diálogo verificado no interior do cuidado. O primeiro termo corresponde à disposição de promover uma escuta atenta e de acolher uma demanda de atendimento como direito moral, e o segundo refere-se à conversação envolvida na identificação e priorização de necessidades. O atendimento a essas necessidades pode se dar por meio de alternativas de intervenção tecnológica, subjetiva e social. O pressuposto de que a base do trabalho inerente à prestação de serviços médicos é a conversa apóia essa percepção de acolhimento.

Mehry (2004) compreende as tecnologias leves como formas de trabalho, e o seu forte componente relacional o leva a considerar o acolhimento como o resultado de seu fortalecimento diante das tecnologias duras, hoje predominantes. Sua perspectiva de possibilidade de mudança é a do nível micropolítico do modelo assistencial. Poderíamos definir o espaço do cuidado clínico como um espaço mediado pela conversa e a tecnologia, em que a primeira é um meio para realização de um saber tecnológico.

Na perspectiva de rede de serviços, um aspecto interessante da visão de acolhimento-diálogo, considerando-se a avaliação de necessidades e riscos de cada usuário, é a possibilidade de se desenhar a trajetória de cada usuário através da rede, levando-se em conta as formas diferenciadas de atendimento e de serviços.

Com base na reflexão de Flores, Mehry (2004) alarga o campo de aplicação dessa visão do acolhimento como possibilidade de conexão de conversas, ao se referir ao processo de negociação de uma "rede de petições e compromissos", que se configura como uma relação comunicativa envolvendo serviços diferenciados, profissionais e especialidades na definição de fluxos de atendimento.

Campos (2003), ao se referir ao vínculo individual, utiliza o conceito de transferência, afirmando que o vínculo como mútua dependência é um processo de troca de afeição. Esse processo pode gerar uma relação de dependência unilateral ou um vínculo positivo como possibilidade de uma troca de apoios, de exercício da confiança. Do ponto de vista do usuário, esse apoio pode ser entendido como um potencial maior de autonomia, de incorporação de saber, de aprendizagem, de segurança. O potencial de autocuidado ou de promoção do cuidado clínico corresponde a uma função de educação em saúde de extrema relevância na afirmação da natureza de sujeito do usuário.

Acreditamos que a possibilidade de um vínculo positivo é processual e depende da natureza do acolhimento. Essa relação corresponde a um tipo de acolhimento humanizado sistemático que gera uma dinâmica de aprendizagem e reforça um vínculo positivo como condição de autonomia para o sujeito usuário.

Ação Comunicativa: desafios para a atenção humanizada

Um dos grandes desafios para atenção humanizada é conciliar um atendimento de qualidade ancorado num saber consagrado apoiado em regularidades do processo saúde e doença com a dimensão da subjetividade e o contexto sociocultural do usuário. Esta última dimensão comporta uma variabilidade para além da aplicação protocolar de normas e regras do cientificismo médico, condicionado pelo contexto administrativo e econômico.

Para Campos (2003), um atendimento clínico de qualidade implica conciliar a clínica tradicional e a clínica do sujeito. A partir da noção de 'clínica ampliada', o autor sustenta que é muito importante conhecer aspectos genéricos dos processos saúde-doença-atenção, mas também aprender com a variação, saber escutar e saber perscrutar cada caso singular. As decisões devem ser ponderadas, a partir de opiniões de outros profissionais, exposição de incertezas, compartilhamento de dúvidas. Para esse autor, a clínica do sujeito demanda trabalho em equipe e um agir comunicativo, e conhecer quase toda a história de um ser inexistente (a ontologia da doença) pode atrapalhar mais do que ajudar. Concordamos com o autor; portanto, que há que se saber sobre as regularidades possíveis e valorizar esse saber especializado utilizando-o com base no pressuposto da clínica do sujeito.

Teixeira (2003), apoiando-se em Maturana (1998), reforça essa visão sobre a insuficiência do saber de cada profissional para enfrentar cada caso singular, quando define algumas disposições morais e cognitivas prescritas para o acolhimento dialogado: 1) o reconhecimento do outro como um legítimo outro; 2) o reconhecimento de cada um como insuficiente e 3) a premissa de que o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes. Essas disposições se aplicam tanto ao acolhimento dialogado típico da relação profissional-usuário tradicional como à relação entre profissionais. Para esse autor, todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe de tudo, e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades.

A clínica do sujeito de Campos significa uma evolução de uma concepção baseada em estruturas 'regulares' da doença (ontologia da doença) para uma fenomenologia do sujeito doente, em que a doença se expressa na variabilidade de suas formas, características de cada situação existencial. Nesta última visão, as organizações de saúde, também para assegurar o exercício de uma clínica de qualidade, estariam obrigadas a adotar uma cultura da comunicação. A gestão colegiada e a divisão dos serviços de saúde em unidades de produção, compostas por equipes multiprofissionais, criam condições institucionais favoráveis à troca de informações e à construção coletiva de projetos terapêuticos. Contudo, essa construção coletiva deve evitar a diluição de responsabilidades e a omissão diante do desconhecido ou do imprevisto.

Essa afirmação sobre as características do modelo de gestão pertinente a uma cultura da comunicação como condição da humanização corresponde a um dos princípios básicos da estratégia, qual seja: a humanização supõe um modelo de gestão colegiada e participativa.

Retomando a noção de acolhimento dialogado e do vínculo, vale a pena ressaltar a natureza do processo comunicativo, que não deve ser compreendida segundo o modelo da transmissão de informações, mas segundo o modelo habermasiano do entendimento. Diferentemente do primeiro modelo, no qual há apenas um fluxo de informação de um emissor para um receptor, no modelo comunicativo que defendemos se processa um fluxo recíproco. Echeverria (1997) sustenta que mais importante que, ou tão importante quanto, o que o emissor afirma é o modo como o receptor escuta essa afirmação, desde sua cultura. Assim, valoriza-se nessa relação o papel do receptor. Um dado desse modelo de influência recíproca estaria representado pela necessidade de um ajuste da fala do cuidador à diversidade cultural do receptor. No modelo do vínculo como mútuo apoio, o cuidador precisa do apoio do usuário para fundar seu diagnóstico e encaminhar sua estratégia terapêutica, e a efetividade desta última passa por esse ajuste lingüístico, orientado pela inteligibilidade e compreensibilidade das mensagens veiculadas e pelo comprometimento do usuário com tal estratégia. Esse apoio depende muito da capacidade do cuidador de suscitar

confiança. Esta depende da internalização da idéia, por parte do usuário, de que o cuidador está firmemente comprometido com o objetivo de apoiá-lo na resolução de seus problemas de saúde. Mais do que isso, que o cuidador segue o objetivo de ajudar a promover uma dinâmica de multiplicação dos apoios, de modo que o usuário possa progressivamente apoiar a si mesmo e buscar apoios no seu próprio contexto vital. Dessa maneira, o modelo da comunicação aqui discutido não supõe apenas a aplicação de verdades e artefatos, em uma relação unilateral. Supõe, como defende Ayres (2004), o estabelecimento de um nexo intersubjetivo capaz de ensejar mais sabedoria prática, no sentido de um fortalecimento do sujeito usuário como instância mais autônoma, menos dependente, menos impotente, com possibilidades ampliadas de lidar com a sua saúde, sua vida, sua existência. Do ponto de vista do cuidador, a conversa inerente ao acolhimento teria a capacidade de fortalecer sua identidade, sua condição de sujeito autônomo, em função de uma potencialização do aprendizado ensejado pela fenomenologia do cuidado, do orgulho adquirido no processo de apoiar, da conquista de mais segurança, em um espaço de vulnerabilidades estimuladas em boa medida pelas precárias condições de trabalho.

Não trataremos aqui em profundidade da última vertente da estratégia de humanização, que é cuidar do cuidador, de suas condições físicas e psicológicas de trabalho. Contudo, não podemos deixar de considerar essa diretriz como de fundamental importância para ensejar uma relação de acolhimento dialogado plena. Sem essa preocupação, a clínica do sujeito e a cultura de comunicação pertinente tornam-se idealizações, e o mais provável é nos depararmos com a realidade de uma "clínica degradada" (Campos, 2003)

Outro grande desafio está representado pelas desigualdades presentes nas trocas lingüísticas, o que leva alguns autores a considerar impossibilidades comunicativas. Deslandes (2004a) traz o contraponto de Bourdieu (1996), segundo quem as relações comunicativas seriam relações de poder simbólico, relações mediadas pelo dinheiro e pelo poder/saber. Essa realidade conspiraria contra o modelo de acolhimento e diálogo ideal, condicionando as possibilidades a características culturais dos agentes

profissionais e da organização que significam sérios empecilhos a uma situação de fala idealizada. Surge a partir desse condicionamento a necessidade de se defrontar com a mudança da cultura, questão tratada nos textos oficiais sobre humanização.

Cultura e Comunicação

A resposta a esses desafios pressupõe uma discussão conceitual sobre cultura e mudança. Nossa herança intelectual parece ressaltar os aspectos específicos de cada cultura, que existiria apenas no plural (contrariamente à visão abrangente do iluminismo), permanecendo a dimensão pluralista na tradição antropológica (Artmann, 2002). A categoria 'cultura' permitiria aos antropólogos dar conta da diversidade dos modos de vida e de pensamento (Ortiz, 1996). Os antropólogos, habituados a tratar com uma escala restrita da realidade, conseguiam delimitar um objeto coeso dentro de limites precisos: a tribo ou a etnia, por exemplo. Para esse autor, deslocar o olhar para um outro patamar, uma escala maior, torna-se uma exigência no contexto de uma cultura mundializada, ainda que a preocupação com as diferenças continue pertinente.

Muitos são os autores que trazem contribuições para o conceito de cultura segundo diferentes correntes de pensamento, mas para fins desta discussão apoiamo-nos especialmente em Habermas (1987), que identifica um tipo de relação circular ente cultura e comunicação: falamos a partir de nossa cultura, de nosso mundo da vida, estamos condicionados por essas configurações simbólicas e por determinadas pressuposições que fazem parte dessa cultura.

Na acepção de Habermas (1987), a cultura é um dos componentes do mundo da vida, juntamente com a sociedade e a personalidade. A cultura armazena conhecimentos e tradições historicamente construídos pelas gerações anteriores, a sociedade nos fornece o contexto normativo no qual agimos, e é na personalidade que se encontram as competências individuais para a comunicação. Essas três dimensões articuladas pela linguagem, que é constitutiva do mundo da vida, nos fornecem o 'pano de fundo' das pré-interpretações e saberes implícitos que orientam nossas ações. O conceito de

mundo da vida, embora apoiado na fenomenologia de Husserl e Schutz, se diferencia porque Habermas o alarga para além do horizonte da consciência dos sujeitos e concebe-o com base na relação intersubjetiva entre sujeitos que falam e agem, visando a coordenar cooperativamente seus planos de ação.

Para uma melhor compreensão desse conceito, é importante lembrar que Habermas, baseado em Popper (1975), trabalha com um conceito tríplice de mundo, a saber: o mundo objetivo, que se refere ao mundo físico ou aos estados de coisas existentes; o mundo social ou normativo, relacionado às normas sociais e culturais sob as quais agimos, e o mundo subjetivo, que se refere ao mundo interno dos indivíduos. A dialética entre o mundo da vida (mediado pela linguagem), representado pela cultura e pela razão comunicativa, e o sistema (mediado pelo poder e pelo dinheiro), representado pela razão técnica, instrumental, torna complexas as análises de cultura. Seu diagnóstico da sociedade contemporânea é que existe um avanço da racionalidade técnica ou do sistema sobre o mundo da vida. Através de uma crítica hermenêutica seria possível, segundo o autor, desvendar formas distorcidas de comunicação e buscar uma reconciliação entre o mundo da vida e o sistema.

Todo processo de entendimento tem como pano de fundo uma compreensão prévia, culturalmente estabelecida. O saber de fundo permanece 'aproblemático' em seu conjunto. Só a parte desse acervo de saber que os participantes na interação utilizam e tematizam em cada caso para suas interpretações fica posta à prova. Na medida em que as definições da situação são negociadas pelos próprios implicados, com o tratamento de cada nova definição de uma situação, fica também à disposição o correspondente fragmento temático do mundo da vida (Habermas, 1987).

Acreditamos que o conceito habermasiano de cultura constituinte do conceito de mundo da vida, compreendido como correlato dos processos de ação voltados para o entendimento, possa trazer maior compreensão sobre o mundo organizacional e contribuir para a construção de propostas de mudança.

Portanto, a cultura sempre evolui a partir da comunicação. Essa evolução não corresponde a uma mudança absoluta da cultura, a uma

ruptura cultural, mas ao questionamento de traços culturais, de forma não mecânica, a partir de tematizações entre os participantes da ação. Esse questionamento pode focar pretensões de validade ou afirmações/normas que perdem validez como configurações simbólicas cristalizadas, por falta de efetividade pragmática. A cultura está ligada a problemas práticos, embora possa ser tematizada com base em um discurso teórico. Aqui, faz-se necessário observar que há um lapso de tempo, muitas vezes importante, entre a perda de validez de certas premissas culturais e sua importância prática e a sua substituição por outras mais adequadas. Vemos traços culturais persistirem ainda por muito tempo, gerando o que em gestão se poderia chamar de respostas irracionais, exigências burocráticas e atividades que já não correspondem a necessidades atuais. Portanto, a discussão não é simples. Além disso, é importante observar a impossibilidade de se interferir diretamente na cultura. Portanto, não concordamos com autores que propõem 'estratégias' de mudança cultural.

Na análise da cultura organizacional pode ser útil, ainda, o referencial da cultura como recurso, proposto por Thévenet (1986), autor que sustenta que é problemático assumir a estratégia de afrontar a cultura. Esta é difícil de decifrar dentro de uma situação, e sua evolução é indeterminada, ou seja, não há um modelo linear de mudança/evolução cultural. Não é possível formular uma estratégia ou projeto de mudança de cultura prevendo exatamente sua direção. De todo modo, a cultura muda ou evolui, não absolutamente, mas em fragmentos, em função da comunicação discursiva.

Apoiados em Habermas (1987), podemos afirmar que entre valores culturais e técnicas há uma relação circular, de condicionamento recíproco. Novas técnicas podem levar a novos valores. E novos valores criam as condições para novas técnicas (Artmann, 2001). Essa relação pragmática sugere que parte importante da cultura pode ser condicionada pelo sistema tecnológico, econômico e administrativo, a partir de estímulos externos à sua natureza. Para dar um exemplo prático, o estigma da Aids como valor cultural poderá mudar mais facilmente quando tivermos disponível uma vacina ou tecnologias para a cura da doença.

Para Senge (2000), a idéia de mudança cultural não encerra uma

ruptura, mas uma evolução no sentido de crescimento. O novo evolui a partir do velho. A mudança de aspectos da cultura pode se apoiar em traços velhos submersos, inatingíveis.

Para Rodriguez (2001), a cultura não é completamente homogênea. Traços ou aspectos contraditórios, e alguns inúteis ou pouco contributivos, resistentes a uma visão de adaptação pragmática, convivem. A idéia de que a cultura é um processo de convivência dialética do velho e do novo rejeita uma concepção monolítica da cultura, polarizada, que se presta a considerações maniqueístas.

Para caracterizar essa convivência contraditória e essa mútua suposição do velho e do novo da cultura, abordamos as características da cultura real das organizações profissionais da saúde. Com base em autores como Crémadez (1997), podemos configurar um modelo de identidade/cultura tradicional dessas organizações (mais explicitado adiante) e traços de um novo paradigma cultural, não necessariamente oposto, mas diferente.

Para esse autor, haveria uma ruptura paradigmática, nas esferas da medicina, do serviço público de saúde e da formação profissional médica. Resumidamente, a necessidade de concentrar grandes estruturas tecnológicas em hospitais de grande porte levou à consolidação de organizações burocráticas, que, por uma questão de custos e de eficiência, suscitou a necessidade de um discurso gerencial ou sanitarista, baseado na economia da saúde e na gestão estratégica. A necessidade de racionalização dessas estruturas implicou um redimensionamento e uma limitação do velho padrão ideológico da medicina liberal. A necessidade de racionalizar custos e a própria evolução tecnológica contribuiu também para reforçar o valor da colaboração ou da interdependência entre generalistas e especialistas, o valor das equipes, assim como o valor da busca de sinergias e parcerias internas e externas entre serviços.

A intensificação da concorrência entre hospitais públicos (e a entrada do setor privado nesta concorrência) leva este hospital público, outrora visto como símbolo da racionalidade técnica, de um padrão inconteste de qualidade técnica, que o deixava despreocupado, a se preocupar com a avaliação e o planejamento estratégico, com um gerenciamento de qualidade,

que lhe permita desenvolver permanentemente vantagens competitivas. O hospital público precisa ser medido, prestar contas, planejar, afirmar-se em um contexto turbulento, competitivo.

Com a evolução vertiginosa de uma tecnologia cada vez mais diversificada, muda o padrão de formação profissional médica, que exige contínua atualização. O velho padrão de formação artesanal em torno dos mestres, na tradição das confrarias, que privilegia a experiência, cede lugar à necessidade de uma formação continuada formal e informal, multifacetada, ultra-especializada, que torna o profissional dependente dos meios tecnológicos de informação médica. Essa evolução restringe o sentimento de auto-suficiência médica, limita o alcance de cada saber particular e debilita o sentimento de autonomia profissional, fortalecendo o valor da interdependência profissional e da dependência do profissional dos aparelhos de formação/informação.

A conclusão de Crémadez (1997) é a de que se torna indispensável o raciocínio sanitarista, o discurso gerencial, o discurso da economia da saúde. Esse discurso, fortíssimo no Brasil, também por outras razões históricas, representa a dimensão nova da cultura das organizações de saúde, que convive com o padrão tradicional. Paradoxalmente, a própria evolução tecnológica induz à necessidade da emergência desse discurso. Em parte, poderíamos sustentar que a evolução das forças produtivas impacta as formas de consciência. Impacta, não determina. O problema dessa premissa marxista é não contemplar o movimento contrário.

A assunção da concepção da cultura como processo contraditório e não como realidade polarizada"determinística ajuda a enfrentar uma série de desafios. Schein (1999) admite a existência de uma cultura organizacional que inibe a aprendizagem e, antes dela, a comunicação, com algumas características:

- Concentração do poder no topo da organização, poder desequilibrado, estrutura vertical, autoritarismo.
- Foco nos sistemas e não nas pessoas.
- Descrédito da possibilidade de mudança (ceticismo).
- Falta de tempo para aprendizagem.

- Abordagem pouco holística dos problemas, predomínio de uma visão de tratamento de sintomas.
- Comunicação 'transmissional' vertical, falta de uma comunicação aberta, lateral.
- Predomínio do individualismo, descrédito do trabalho em equipe.
- Padrão de liderança-herói, carismática, que se esconde, que não reconhece erros e vulnerabilidade.

A questão que se coloca é a de como mudar a cultura em um ambiente que inibe a aprendizagem coletiva, gerando uma cultura com características contrárias. Tendo em vista que a mudança cultural depende da comunicação e da aprendizagem, essa visão polarizada de cultura acaba por prender o autor em uma armadilha teórica, difícil de superar.

Vários aspectos dessa cultura que compromete a comunicação como meio da aprendizagem se reproduzem na esfera das organizações sanitárias e estão na base dessas eventuais impossibilidades/dificuldades comunicativas. Mas esses aspectos não esgotam o universo cultural sanitário. O modelo de análise da evolução cultural que sustentamos pressupõe que, a despeito da forte influência de uma cultura tradicional, desenvolve-se um processo de emergência de novos discursos, de novas falas, de novos paradigmas, representados pelo sanitarismo, pelo saber em saúde coletiva, pelo discurso da promoção em saúde, pelo discurso da medicina de família, pelo próprio discurso da humanização, crescente.

Campos (2003) assinala que os principais manuais de semiologia traduzem a clínica como ciência e arte, uma contradição, já que a clínica refere-se a saberes e procedimentos normalizados, e a arte à improvisação. Historicamente, a instituição médica vem resolvendo o dilema tratando de transformar a doença em objeto científico, passível de elaborações estruturadas e, portanto, base de apoio para uma ação orientada dos profissionais. Ao mesmo tempo, considera a relação médico-paciente, ou seja, o trabalho com sujeitos concretos, como vinculada ao campo da arte e, portanto, do imprevisível. O espaço em que cada caso seria diferente dos demais. A clínica seria, para Campos, uma clínica de faces, semblantes, dobras.

A visão de clínica ampliada poderia representar uma chave interpretativa importante que nos permite fugir de uma visão absolutista do determinismo cultural que nega a comunicação. Segundo esse enfoque, traços de uma cultura da comunicação pertinentes a um tipo de clínica da variabilidade, que está envolvida na realidade cultural global da instituição médica, sobrevivem essencialmente. O valor cultural da (hoje menos forte) autonomia profissional carrega dentro de si ainda a possibilidade da comunicação, do acolhimento e da variabilidade.

Alguns autores atribuem à assimetria de poder/saber inscrita na relação médico-paciente a capacidade de gerar distorções comunicativas, que implicariam a manipulação dos relatos clínicos. Isso é verdadeiro até certo ponto, mas não numa clínica do sujeito, de sujeitos, ou de intersubjetividades.

Pensamos que é um equívoco entender uma relação comunicativa entre profissional e usuário como uma relação de plena simetria de saber como poder. Nunca haverá simetria plena nesse plano. Não obstante a assimetria referente ao saber, pensamos que se pode estabelecer uma relação comunicativa no interior do cuidado profissional quando alicerçado na busca, entre outras condições, da correção normativa, no sentido habermasiano do termo.

A base ética da correção normativa é a aceitação da alteridade, o reconhecimento do outro como legítimo outro na diferença. Não se trata de acabar com a diferença. No nível do saber, isso seria impossível. Trata-se de estabelecer uma relação sem coação (ou com o mínimo possível de coação interna e externa) e de permitir que os sujeitos da interação tenham plenas chances de emitir enunciados regulativos, ou seja, de assumir compromissos e estabelecer demandas. Trata-se ainda, de reconhecer que os atos lingüísticos proferidos por *alter* são corretos (justos) ou apropriados, porque se apóiam num contexto normativo considerado legítimo, no qual se destaca o direito amplo à saúde.

Neste momento cabe precisar alguns conceitos habermasianos relativos à sua proposta de agir comunicativo. Habermas (1987) entende o agir comunicativo como uma interação social na qual são enunciados atos

de fala que se candidatam a um sim ou a um não que representam, portanto, pretensões de validade. A ação comunicativa pode se expressar de duas formas: a comunicação pura (em que as interpretações são a-problemáticas) e o discurso. Entende-se como discurso uma forma de comunicação *sui generis* caracterizada por uma prática argumentativa voltada para o resgate de pretensões de validade questionadas por um dos interlocutores. Seria como colocar entre parênteses a comunicação fluida do cotidiano, apoiada por interpretações do mundo da vida comum partilhado pelos atores para buscar novas respostas na argumentação. Reflete uma posição hipotética, de crítica, de conflito a ser resolvido pela busca dos melhores argumentos e razões, preocupada com o esclarecimento da situação. A comunicação pura representa um tipo de comunicação não crítica, que antecipa um consenso natural, pela homogeneidade ou falta de problematicidade do mundo da vida (pano de fundo cultural, normativo e individual) dos participantes. Quando são suspensas ou criticadas as pretensões de validade da comunicação pura, ingressa-se na fase do discurso.

O agir comunicativo em geral apóia-se em quatro pressupostos: inteligibilidade (portanto, a linguagem especializada do profissional médico deve ser traduzida para uma linguagem comum que o ouvinte entenda, as receitas devem ser escritas de forma compreensível etc.); a verdade do componente proposicional, que depende do fato de referir-se a algo que realmente acontece no mundo, a um estado de coisas verificável; a correção normativa de seu componente performativo ou de coordenação da ação, que depende de que as normas ou os valores nos quais o falante se baseia para esperar que sua demanda possa provocar o efeito esperado sejam considerados corretos ou apropriados; finalmente, a autenticidade dos falantes, que depende de os participantes estarem sinceramente buscando um entendimento. A ação comunicativa pressupõe sempre referências a três mundos: objetivo (critério de verdade), normativo (critério de correção) e subjetivo (critério de autenticidade), além do mundo da vida, que se refere a saberes implícitos no horizonte em que a interação se realiza.

Esses pressupostos estão subentendidos na comunicação pura, de maneira não problemática. No discurso, podem ser questionados. O

discurso puro, particularmente, pressupõe uma situação de fala ideal caracterizada pela simetria de oposições, representada pela igualdade de chances de emitir enunciados pertinentes aos três mundos: constatativos ou de verdade; regulativos ou de correção (demandas e compromissos); expressivos ou de veracidade ou sinceridade (expressão de emoções, sentimentos e estados interiores).

A correção normativa seria a possibilidade de que essa relação se aproxime da igualdade de chances de emitir enunciados, especialmente os regulativos, entendendo-se, com Habermas (1987), que uma situação idealizada de fala definida como igualdade absoluta é contrafática, operando, mesmo assim, como uma idealização (moldura crítica) ou suposição necessariamente antecipada num processo comunicativo. Aqui o grau de entendimento é sempre processual, falho, condicionado pelos constrangimentos da facticidade, relações de poder, relações econômicas, ou relações simbólicas.

É importante deixar claro que a assimetria de saberes não impede o exercício da ação comunicativa, como veremos adiante.

Habermas, ao se referir à relação terapeuta-paciente do modelo da psicanálise, introduz o conceito de crítica terapêutica, afirmando que tal relação não cumpre com os requisitos da simetria de papéis discursivos (talvez esses requisitos possam ser considerados satisfeitos quando a terapia tenha tido sucesso). Não se configura, portanto, como discurso puro, mas como uma relação comunicativa diferenciada que, no caso, tem um sentido libertador, esclarecedor e de crescimento da subjetividade, correspondendo a uma forma determinada de argumentação (Aragão, 1997).

Rouanet (1986), referindo-se ao discurso analítico como algo diferenciado do discurso puro, sustenta que a comunicação clínica está a meio caminho entre a interação (comunicação pura) e o discurso. Acrescenta que, assim como o pensamento é a internalização de uma intersubjetividade discursiva, baseada na igualdade, a auto-reflexão, típica do discurso terapêutico ou crítica terapêutica, é a internalização de uma intersubjetividade baseada na desigualdade (porque depende do exercício de uma autoridade pedagógica do analista sobre o analisando).

Não temos a pretensão de aplicar o conceito de crítica terapêutica à relação de comunicação que se processa no interior de um cuidado médico baseado no conceito de clínica ampliada. Contudo, pensamos que essa relação pode se configurar como uma prática argumentativa singular, baseada na correção normativa e no exercício da sinceridade – este último entendido como mais um requisito de uma prática argumentativa discursiva.

A correção normativa, no caso da relação médico-paciente, refere-se a um tipo de contrato característico do vínculo, em que há um apoio mútuo como o definido anteriormente. O cuidador compromete-se a se deslocar hermeneuticamente para o contexto do outro, do usuário, para entender a sua problemática e a sua fala desde sua cultura, a perseguir, através de uma história comum de interação, o objetivo de aliviar o sofrimento do outro. Compromete-se a ajudar a resolver seus problemas de saúde, dentro da moldura ética da plena aceitação de suas demandas e do reconhecimento da diferença, da autonomia do outro, que busca se fortalecer pela aprendizagem processada no interior de cada cuidado. Esse compromisso tem a potencialidade de reduzir a assimetria, não de anulá-la. O usuário tem o compromisso de ajudar o cuidador propiciando a informação necessária ao ato médico a partir de narrativas que podem ajudar a alargar o escopo da problemática médica aludida e inseri-la dentro de uma problemática de sofrimento e de insatisfação mais abrangente, com múltiplas determinações que remetem à concepção do sofrimento físico e psíquico como sofrimento existencial. O usuário se compromete, por fim, a seguir as prescrições do profissional, porque considera a capacidade do médico de prescrever como legítima, ou baseada numa autoridade reconhecida. Esse compromisso depende, reiteramos, da confiança. E a confiança pode ser interpretada com um fenômeno lingüístico. Sobre isto voltaremos mais adiante.

Do ponto de vista da correção normativa, podemos considerar que a instituição médica é legítima, pois a sociedade reconhece sua autoridade para estabelecer prescrições específicas, porque essa autoridade se apóia em um saber médico tido como verdadeiro e aceitável. Os protocolos passam pela discussão e regulação das sociedades de especialistas, que se ancoram

(ou devem se ancorar) em estudos clínicos e epidemiológicos que comprovam sua eficácia. O usuário tem seus direitos garantidos por legislação: direito à informação sobre seu estado, direito ao prontuário, exames e o direito, inclusive de questionar a prescrição, buscar segunda opinião, mudar de profissional etc. A simetria não está representada pelo saber técnico, mas por determinadas condições fáticas e contrafáticas. A desconsideração dessas condições revela formas de comunicação distorcidas e que devem ser alvo de regulação, seja no nível de modelos de gestão das organizações de saúde, seja no âmbito de uma legislação sanitária mais ampla, como a que regulamenta a garantia dos direitos dos usuários.

As premissas da ação comunicativa não se dão somente nos atos de fala *stricto sensu*. Como reconhecer posturas ético-comunicativas quando o paciente não pode responder por si (está inconsciente, por exemplo)? Existem e devem servir de referência normas éticas para os diferentes casos, como, por exemplo, não retirar órgãos de pacientes com morte cerebral sem seu prévio consentimento ou da família, informar o paciente sobre riscos de uma cirurgia etc. Por outro lado, espera-se que o médico, em caso de emergências, proceda utilizando protocolos ou decisões embasadas em seu saber, que salvem vidas. Essa é a atitude esperada, a correta, legitimada pela sociedade e a razão pelo qual o médico ou outro profissional se responsabiliza.

A ação comunicativa é processual, não se fecha, permanece em aberto, sempre permeável à possibilidade de crítica. No caso da saúde, é preciso pensar em molduras amplas, apoiadas pelo direito, que dêem sustentação e legitimidade ao fazer médico e, ao mesmo tempo, protejam os usuários e lhes dêem também instrumentos que se contraponham ao uso não ético, não comunicativo, de um saber. Estabelecer o modo como a gestão pode apoiar o atendimento humanizado constitui um grande desafio.

Com base nos conceitos aqui analisados – clínica ampliada, profissional da saúde como cuidador, entre outros – e no referencial do agir comunicativo, no que ele pode ser interpretado por meio da análise da comunicação clínica, podemos afirmar que a conversa clínica na sua dimensão ampliada é sempre uma forma de comunicação como

possibilidade de um nexo intersubjetivo e que pressupõe a mútua aceitação de compromissos. Acreditamos nessa possibilidade, embora haja dificuldades comunicativas notórias no panorama atual, relações em que o saber médico se exerce de maneira instrumental ou estratégica, monológica. Há, talvez, predominância de uma cultura na qual o espaço para uma clínica ampliada é restrito. Porém, reiteramos nosso discurso sobre a possibilidade de uma racionalidade comunicativa no cuidado clínico, rejeitando o discurso da impossibilidade.

A partir da compreensão do vínculo como transferência de afeição, podemos explorar algumas questões, como a relação entre emoção e linguagem trabalhada por autores como Flores (1989) e Echeverria (1997). Sem pretender aprofundar essa questão, gostaríamos apenas de nos referirmos ao que os autores sustentam sobre o poder que tem a emocionalidade de gerar determinados tipos de julgamentos como classes lingüísticas que abrem ou fecham possibilidades de ação. Isso se refere à possibilidade de modificar, a partir da conversa, emoções do paciente para criar uma atitude de menos impotência e dependência, um contexto de multiplicação dos apoios, trazendo como conseqüência maior autonomia.

Aqui é fundamental a questão da confiança, já sublinhada. Embora sem grande aprofundamento, pensamos, com base na reflexão de Echeverria (2000), que a relação de confiança inerente ao vínculo positivo corresponde a um juízo lingüístico (variante das declarações da taxonomia dos atos de fala de Austin e Searle) que fazemos sobre o nível de confiança que o outro suscita. A confiança pode se expressar, por exemplo, no juízo: 'Fulano de Tal é um bom médico'. Este juízo é um tipo de enunciado lingüístico voltado para o futuro, que nos ajuda a restringir possibilidades futuras, que nos permite seguir com um determinado médico e estabelecer com ele uma relação pautada pela credibilidade, pela segurança que nos suscita. Com isso, evitamos outras alternativas e nos entregamos a ele, não acriticamente. Porém, essa relação de confiança precisa ser fundamentada no passado. Eu confio no médico porque sua prática passada, os fatos concretos de intervenção, seus atos lingüísticos e compromissos derivados mostraram-se coerentes, consistentes, responsáveis, acertados.

É no processo da interação do vínculo positivo que se podem fundamentar os juízos que permanentemente se fazem sobre a fala e a capacidade do outro, sobre a disposição do outro. Dizem os autores aludidos que os juízos sobre a confiança que fazemos remetem, em última instância, a juízos de caráter ético, representados pelo respeito mútuo.

Sustentamos, portanto, que a despeito das assimetrias implícitas no cuidado, é possível a geração de uma dinâmica relacional que redunde em confiança mútua, cujo núcleo central ético é o respeito mútuo.

Por último, é necessário fazer alusão à terceira vertente da estratégia de humanização: cuidar do cuidador. Cuidar do cuidador, do sofrimento psíquico inerente a lidar com o sofrimento em condições nem sempre ideais, do seu sofrimento material, é uma condição importante para fortalecer uma clínica do sujeito, para criar uma determinada predisposição para uma relação comunicativa, para o desenvolvimento de trocas lingüísticas geradoras de compromissos. A superação de determinadas impossibilidades comunicativas depende, em parte, dessa diretriz.

Com esses argumentos, nosso intuito foi contribuir para o importante debate relativo às distorções comunicativas e às dificuldades para o fortalecimento de uma cultura de comunicação.

No ponto seguinte, reforçamos a característica gerencial/ organizativa, representada pela necessidade de construir um sistema de gestão coerente com processos comunicativos de aprendizagem afinados com a proposta de humanização.

Humanização e Sistema de Gestão Comunicativa

Anteriormente, referimo-nos ao conceito de cultura como recurso, o que corresponde a reforçar os traços fortes de uma cultura nova que convive com a velha. Apoiar a mudança cultural supõe uma tentativa de reforçar o novo que surge a partir do velho. Significa procurar acompanhar a mudança cultural de dentro da cultura. Se elementos do ambiente externo e a tecnologia contribuem para mudanças, estas respeitam, usando as palavras

de Maturana (1998), o determinismo da própria cultura, a sua condição de saber de fundo legitimado pela comunicação.

Como já dito aqui, não é possível interferir diretamente na cultura, que depende de um tempo histórico e elementos próprios para se desenvolver.

Propomos um sistema de gestão comunicativa para operar indiretamente como reforço dos traços da nova cultura que emerge, e que traz alguns elementos de uma cultura de humanização/comunicação.

A discussão a seguir apóia-se na relação entre cultura e o método de gestão estratégica hospitalar de Crémadez (1997), conhecido como a *démarche stratégique*. Esse enfoque, desenhado para as organizações profissionais, com base no respeito ao dado cultural da autonomia profissional dos centros operadores, propõe-se a operar um desenho estratégico dos serviços médicos de natureza participativa e comunicativa (Artmann, 2002; Rivera, 2003).

Crémadez (1997), numa leitura das características dessas organizações, apoiado em Mintzberg (1982), define as características do padrão tradicional de identidade hospitalar, entre as quais apresentaremos resumidamente: 'incrementalismo' na tomada de decisões; atomização profissional (hierarquias profissionais rígidas, em disputa); falta de articulação das especialidades; descentralização acentuada do poder, estrutura organizacional achatada; duplo comando: administrativo e assistencial (nem sempre conjugados); o tabu da incompetência do outro; fraca valorização da avaliação e da gestão; visão funcional do usuário e pouca abertura para o ambiente externo; redes relacionais espontâneas, baseadas nas identidades criadas nos processos de formação/socialização anteriores; estilo liberal da profissão.

O autor reconhece a presença desse padrão tradicional, mas distingue uma crise paradigmática da medicina, do serviço público e da formação profissional, que indica o surgimento de características socioculturais contraditórias com esse padrão. Novos traços surgem: demanda crescente por gestão decorrente da concentração tecnológica em grandes burocracias hospitalares, que limita a ideologia liberal; crescimento de importância da racionalidade econômica pela crescente interpenetração do técnico com o

econômico; a necessidade de um enfoque de rede, de parcerias, de trabalho em equipe, que questiona a fragmentação das especialidades e instituições; maior grau de interdependência entre setores e serviços na fundamentação de diagnósticos e condutas terapêuticas; encontro crescente de especialistas diversos em torno de tecnologias emergentes de uso comum; novas modalidades de atendimento (como o hospital-dia) que agrupam diversas especialidades, favorecendo a comunicação entre si. O autor reconhece, assim, um quadro cultural contraditório, em transição.

Nesse contexto, a gestão estratégica operaria como reforço indireto dos aspectos positivos dos traços culturais em evolução, 'em cerne', por meio dos seguintes elementos ensejados (que fazem parte da lógica do enfoque): reforço da capacidade explícita de fixação de prioridades, em uma perspectiva de totalização da organização, que supere o 'incrementalismo'; visão predominante da perspectiva da contribuição, e não da atribuição; a visão de custo-oportunidade, que obriga a comparar os benefícios alternativos de uma aplicação, priorizando os usos de maior benefício para a organização como um todo, em detrimento da barganha indiscriminada de recursos; sentido de rede, da criação de transversalidades; formalização do planejamento e da avaliação, contribuindo para a apreensão clara da organização pelos atores (por meio da linguagem comum construída nesses processos); criação de lugares de encontro, de comunicação; maior relacionamento entre gestores e operadores; ênfase na negociação, na avaliação da competência global dos serviços no que diz respeito aos usuários; fortalecimento do sentido de bem coletivo da atividade.

Diríamos que os principais impactos culturais almejados com a gestão estratégica seriam:

· Maior abertura para fora, concretizada pelo reconhecimento e exploração das parcerias e sinergias.
· Busca de um enfoque multidisciplinar mediante esforços de integração com outras especialidades e com a rede no sentido de produzir transversalidades.
· Maior comunicação entre a direção estratégica e os operadores (profissionais da ponta).

- Incorporação pelos profissionais da ponta (operadores) de um raciocínio gerencial estratégico, capaz de compensar a diferenciação entre o comando administrativo/estratégico e o comando assistencial (com a criação de um lugar de comunicação).
- Modificação do sistema 'incrementalista' de decisão para um enfoque de priorização baseado nos custos de oportunidade e em uma visão de conjunto do serviço, que resgate o primado da solidariedade organizacional.
- Aumento gradativo da responsabilidade, mediante a difusão de uma cultura da avaliação.

Após termos discutido o significado comunicativo e a importância da dimensão cultural do enfoque da *démarche stratégique*, abordamos brevemente uma segunda ferramenta de gestão: o Planejamento Estratégico-Situacional (PES).

Na análise do conteúdo comunicativo do PES e de suas contribuições ao processo de formatação de um sistema de gestão estratégica (Rivera & Artmann, 2003), destaca-se em primeiro lugar sua dinâmica argumentativa e de negociação consubstanciada pela figura da oficina participativa de trabalho, envolvendo vários atores. O conjunto de premissas da explicação situacional do enfoque, especialmente seu caráter policêntrico, que supõe identificar e tentar incorporar a explicação do outro, e seu sentido totalizador e rigoroso, que permite integrar várias dimensões da realidade e identificar causas estruturais envolvidas, ensejando uma intervenção multissetorial e multidisciplinar, traz questões extremamente importantes para pensar a humanização. Salienta-se ainda a capacidade de geração de transversalidades do enfoque, a sua capacidade de coordenar setores e unidades diferentes, incorporados como atores com governabilidade sobre várias causas subjacentes.

Há uma convergência entre o sistema de gestão implícito na dinâmica do triângulo de ferro da teoria organizacional do PES e a proposta de um sistema de gestão colegiada e participativa do Laboratório de Planejamento da Medicina Preventiva da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

O sistema de gestão matusiano pode ser representado por um sistema de gestão descentralizado por operações e apresenta características de um sistema matricial por projetos. Ele privilegia a busca de maior responsabilidade por meio da solicitação e prestação de contas e incorpora o planejamento e a gestão criativos, assentados numa problematização permanente em todos os níveis. Os colegiados de gestão e um tipo de estrutura organizacional que rompa com a diferenciação funcional das categorias profissionais e busque maior integração em torno de um desenho organizativo por unidades ou linhas de produção, como os preconizados pelo Laboratório de Planejamento e Administração (Lapa) de Campinas, têm um desenho coerente com a proposta de Matus.

O PES propõe, finalmente, um trabalho de investimento na modificação das estruturas mentais (cultura) a partir das práticas de trabalho de uma instituição, que vai ao encontro dos mesmos objetivos perseguidos pelo enfoque da *démarche stratégique*, no que diz respeito à dimensão cultural.

O terceiro eixo metodológico que merece destaque é o da Prospectiva Estratégica (Rivera, 2003), no que diz respeito ao aspecto comunicativo do enfoque, sobretudo na apropriação da técnica feita por Senge (2000), da organização que aprende. Dois aspectos merecem destaque: 1) a compreensão da técnica de cenários como um conjunto de narrativas de futuro filtradas pelos modelos mentais dos participantes, que obriga a trazer à tona e questionar argumentativamente esses modelos básicos, de modo a buscar alinhamentos de visão e possíveis consensos; 2) a compreensão de que o questionamento dos modelos mentais, de natureza cultural, a partir da análise prospectiva, pode gerar um distanciamento cultural crítico capaz de alimentar desenhos inovadores de futuro.

Mais do que determinar a probabilidade dos cenários possíveis, que também é importante, trata-se de gerar uma discussão crítica sobre a relação entre cultura e visão institucional. A técnica de cenários seria mais um instrumento de comunicação a serviço da probabilização do futuro e de um desenho de futuro desejável. No caso da temática humanização do atendimento, caberia (re)desenhar o tipo de atendimento que seria desejável,

os obstáculos à sua implantação, suas tendências, com base na visão dos diferentes atores envolvidos, considerando necessariamente o usuário.

Com base em autores que se dedicam à visão comunicativa organizacional, como Flores e Echeverria, e na incorporação do referencial da organização que aprende, nossa proposta de desenvolvimento gerencial se volta para a necessidade de estabelecer análises e desenhos no campo da gestão pela escuta, englobando liderança, negociação e análise cultural.

As pautas dessa reflexão e tentativa de desenho estariam representadas pela necessidade de apoiar o desenvolvimento de um tipo de liderança comunicativa, os nexos entre a teoria da argumentação e a técnica da negociação cooperativa, e a potencialização da capacidade operacional desta última. Além disso, acreditamos que desenvolver um referencial analítico e operacional sobre análise cultural e mudança, que se apóie na idéia de processos participativos de análise com o potencial de gerar processos comunicativos e de compartilhamento na organização, contribuiria para fortalecer o sentido de pertencimento a um coletivo. A idéia de trabalhos grupais de análise e de processamento dos problemas vinculados às acumulações culturais reforça o caráter de problematização e de discussão crítica ou argumentativa que o PES propõe instaurar nas organizações.

Nossa postura pressupõe o reconhecimento de traços culturais que possam ser problematizados. A gestão comunicativa implica reforçar uma evolução positiva da cultura, que supõe maior comunicação e investimento na construção de espaços de participação e responsabilidades partilhadas no que diz respeito à qualidade da atenção em saúde.

Notas

[1] Texto elaborado por Gastão Wagner de Sousa Campos, secretário-executivo, como apoio para o Seminário do Colegiado do Ministério da Saúde ocorrido nos dias 8 e 9 de fevereiro de 2003.

Referências Bibliográficas

ARAGÃO, L. M. C. *Razão Comunicativa e Teoria Social Crítica em Jürgen Habermas*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

ARTMANN, E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e Aids. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1):183-185, 2001.

ARTMANN, E. *Démarche stratégique (gestão estratégica hospitalar): um enfoque que busca a mudança através da comunicação e solidariedade em rede*, 2002. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

AYRES, J. R. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):15-17, 2004.

BOURDIEU, P. *A Economia das Trocas Lingüísticas*. São Paulo: Edusp, 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diretrizes sobre a Reformulação dos Modos de Gestão e de Atenção à Saúde*. Brasília: MS, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *HumanizaSUS: política nacional de humanização*. Brasília: MS, 2004. (Textos básicos de saúde, série B)

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CRÉMADEZ, M & GRATEAU, F. *Le Management Stratégique Hospitalier*. Paris: Interéditions, 1997.

DESLANDES, S. F. A humanização e a construção política do lugar de sujeito no processo comunicacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1): 24-29, 2004a.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):7-14, 2004b.

ECHEVERRIA, R. *Ontologia del Lenguaje*. Santiago: Dolmen Ensayo, 1997.

ECHEVERRIA, R. *La Empresa Emergente, la Confianza y los Desafios de la Transformación.* Buenos Aires: Granica, 2000.

FLORES, F. *Inventando la Empresa del Siglo XXI*. Santiago: Hataché, 1989.

HABERMAS, J. *Teoria de la Acción Comunicativa*. Madrid: Taurus, 1987.

MATURANA, H. *Emoções e Linguagem na Educação e na Política*. Belo Horizonte: UFMG, 1998.

MEHRY, E. E. et al. (Orgs.) *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINTZBERG, H. *Structure et Dynamique des Organisations*. Paris: Les Éditions d'Organisation, 1982.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Care in Normal Birth – A Practical Guide: maternal and newborn health/safe motherhood unit family and reproductive health*. Genebra: World Health Organization, 1996.

ORTIZ, R. *Mundialização e Cultura*. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1996.

POPPER, K. *O Conhecimento Objetivo*. São Paulo: Itatiaia, 1975.

RIVERA. F. J. U. *Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

RIVERA, F. J. U. & ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: RIVERA, F. J. U. *Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

RODRIGUEZ, D. M. *Gestión Organizacional: elementos para su estudo*. Chile: Universidad Católica de Chile, 2001.

ROUANET, S. P. *Teoria Crítica e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1986.

SCHEIN, E. *Guia de Sobrevivência da Cultura Corporativa*. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 1999.

SENGE, P. *A Dança das Mudanças: os desafios de manter o crescimento e o sucesso em organizações que aprendem*. São Paulo: Campus, Zumble, 2000.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações.In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Rio de Janeiro: IMS-Uerj, Abrasco, 2003.

THÉVENET, M. *Audit de la Culture d'Entreprise*. Paris: Les Éditions d'Organisation, 1986.

Parte II

Humanização nos Cuidados de Saúde da Criança

9 A Criança, sua Família e o Hospital: pensando processos de humanização

Denise Streit Morsch
Priscila Menezes Aragão

Por algum tempo pensou-se que humanização em hospitais dedicados ao cuidado de crianças seria a possibilidade de os pais acompanharem seus filhos durante a internação – fosse em cuidados intensivos, fosse nas enfermarias. Isso responderia às orientações de autores como Spitz (1972), Winnicott (1988) e Bowlby (1989), entre outros, que tão bem descreveram o que se passa com as crianças em situações de separação de sua mãe, como no caso de doenças. Após serem vencidas maciças resistências que envolviam discussões como risco de infecções, falta de conhecimento das mães, crença na falta de cuidados adequados por parte das famílias, queixas quanto à existência de uma estrutura hospitalar adequada, equipes de cuidados hospitalares pediátricos e neonatais abriram as portas de suas unidades para que as mães e também os pais ficassem próximos de seus filhos.

Em nosso país, isso foi garantido em 1990 pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, passando a ser um direito desse grupo etário e um compromisso dos hospitais.[1] Essa garantia surgiu pouco tempo depois da elaboração da Carta das Crianças Hospitalizadas preparada em Leiden em 1988 e patrocinada pela Unesco, com a participação de diferentes entidades européias dedicadas a esses cuidados.

Uma década depois, os recém-nascidos de muito baixo peso e suas famílias passaram a receber uma atenção especial do Ministério de Saúde

do Brasil por intermédio do Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, o qual incentiva o acolhimento de toda a família nos cuidados intensivos neonatais. Além dos pais dos bebês, os avós e os irmãos dos bebês vêm sendo considerados parceiros da equipe em seus cuidados (Brasil, 2002). O programa privilegia também a vizinhança e a comunidade como a rede social de apoio a todo grupo familiar nessa situação.

Com o passar do tempo, a presença da família no hospital mostrou que, além de se configurar como elemento protetor de aspectos emocionais, cognitivos e sociais dos bebês e das crianças, ela traz à tona uma nova maneira de cuidar, abrangendo os chamados "cuidados centrados na família" (Moore et al., 2003), cujos conceitos vêm sendo cada vez mais discutidos e aplicados.

Na mesma época, em diferentes instituições, surgiram programas de recreação com áreas hospitalares reservadas para a utilização de material lúdico pelas crianças ou, então, no caso de bebês, grupos operativos e oficinas terapêuticas para que as mães pudessem trabalhar suas representações internas em relação ao que se passa, nesse momento, com seus bebês. Tais iniciativas têm mostrado repercussões positivas no desenvolvimento dos vínculos afetivos e na forma como a família vem entendendo a hospitalização.

Para as crianças internadas, tais programas permitem que questões emocionais desse período sejam visitadas e possibilitam a exploração de novos caminhos para a elaboração de suas experiências atuais. Para os pais, observar os filhos brincando e sendo criativos no hospital faz retornar a imagem da criança saudável que acompanhavam em casa ou que fazia parte de seus projetos. Já para alguns profissionais da equipe, isso às vezes se resume a um simples brincar, haja vista a imensa dificuldade que têm de entender que atividades lúdicas representam um trabalho da criança. É o momento em que ela constrói seu mundo de representações e de referências e cria condições de enfrentar diferentes situações estressantes, como aquela em que se encontra.

Assim, trata-se de um dos mais adequados recursos que qualquer instituição hospitalar pode e deve oferecer a seus pacientes, colaborando

para a elaboração do que experimentam, numa hospitalização. Isso foi muito bem compreendido e estimulado por Ivony Lindquist na década de 1970, em seu livro *L'Enfant à l´Hôpital: la thérapie par le jeu* (1973), considerado um grande marco nos avanços dos cuidados de crianças em hospitais. Sua obra mostrou a existência de um enorme deserto afetivo nesses cuidados e tornou-se responsável por mudanças significativas nesta área de atenção hospitalar em toda a Europa.[2]

Em nosso país, diferentes programas vêm sendo utilizados, cada qual com suas particularidades, seus valores e suas possibilidades, buscando diminuir as morbidades emocionais e sociais decorrentes da hospitalização. Podemos acompanhar a presença de voluntários, atitudes individuais e particulares de enfermeiros, grupos da comunidade hospitalar envolvidos em ações especiais e fundamentais no cuidado das crianças hospitalizadas e grupos de especialistas, tais como os Doutores da Alegria,[3] o Projeto Brincar II,[4] a Biblioteca Viva[5] e o Programa Mãe Participante.[6] Ao longo dos últimos anos, as crianças obtiveram um movimento das instituições hospitalares e de seus profissionais que sugerimos sejam chamados de 'programas de psicoproteção', parodiando o que Silbertin-Blanc, Hascoet e Tchenio (2001) descrevem como programas de neuroproteção em relação tanto aos cuidados quanto àquelas intercorrências capazes de provocar danos no sistema nervoso de bebês internados em unidades de tratamento intensivo neonatais.

A proximidade da família e a presença do lúdico atenderam a demandas significativas das crianças e, ao mesmo tempo, fizeram surgir outras questões. Estas, que se encontravam latentes, eram encobertas por uma visão reducionista, que implicava a presença/ausência da família ou presença/ ausência do lúdico como determinantes do bem-estar ou do conforto das crianças cuidadas em enfermarias ou centros de tratamento intensivo. Tornaram presentes a história e o funcionamento familiar, o nível de desenvolvimento da criança e suas necessidades evolutivas. Ou seja, surgiram novas demandas para as equipes hospitalares que ultrapassaram os conhecidos aspectos clínicos, a sintomatologia e a sua terapêutica.

As equipes foram então conduzidas a olhar de um modo novo – necessariamente integralizador – para a criança hospitalizada. Ela é mais do que uma pessoa doente ou uma doença: é alguém que faz parte de um enredo familiar, possui um lugar neste grupo e em sua comunidade, apresenta suas necessidades e desejos, oferece um funcionamento particular e individualizado ao responder ao seu entorno.

Este novo *status* – o da individualidade e da subjetividade – é provocativo e demanda uma nova dinâmica das relações médico-paciente-família, exigindo dos profissionais o reconhecimento de formas de conduta no enfrentamento da doença, específicas de cada uma das crianças, conforme sua faixa etária, seu temperamento, suas características pessoais, o tipo da doença e seu tempo de duração.

Até aqui vimos sinalizando alguns dos paradigmas dos cuidados hospitalares ditos humanizados: o paciente é um sujeito com suas particularidades e formas de expressividade, independentemente de seu nível de funcionamento ou faixa etária; a parceria família/equipe tem um caráter terapêutico e não pode jamais ser entendida como uma permissão da equipe; a família precisa encontrar em sua comunidade uma rede social de apoio que a sustente nesse período. Portanto, a visão que hoje abarca o que se entende por processo de humanização nos cuidados hospitalares de crianças é muito ampla em seu raio de compreensão e de ação.

Buscando formas de colaborar para esta discussão, elegemos alguns temas para este artigo. Tais temas, apesar de serem aqui apresentados de forma separada, na prática não possuem, entre eles, limite algum. Suas interfaces são múltiplas e compõem o conjunto de práticas e ações que o cuidado humanizado envolve: a ecologia hospitalar; a dinâmica das internações; as doenças da criança – a doença aguda e, especialmente, a doença crônica.

A Ecologia Hospitalar

O espaço físico do hospital é um fator importante nos cuidados dirigidos às crianças e seus familiares. Aqui, ampliaremos o conceito de espaço físico hospitalar para o de ecologia hospitalar, o qual engloba as

dimensões, a estrutura física e especialmente o modo como estas duas se relacionam com as atividades que ali ocorrem, com as histórias que ali são narradas, com as pessoas que por elas transitam.

Segundo Santa Roza (1997), a hospitalização é, para qualquer indivíduo, potencialmente traumática, podendo provocar distúrbios na esfera mental pelas perdas que acarreta – o ambiente é desconhecido, a hiperestimulação se dá de maneira negativa (dor, ruídos, desconforto físico) e a hipoestimulacão, de forma positiva (inadequação do ambiente à infância, interrupção dos processos de desenvolvimento).

Ao mesmo tempo, pela ausência de padrões infantis, o ambiente hospitalar retira do imaginário dos adultos e das próprias crianças a referência do mágico e do lúdico, itens fundamentais para a ocorrência de um bom desenvolvimento. As preocupações quanto a alguns aspectos do espaço físico das UTIs e mesmo das enfermarias, como podemos observar, ainda é algo muito incipiente. Com freqüência é mais dedicada ao usuário externo (visitas ou familiares) do que propriamente dirigida ao seu ocupante. Para citar apenas um exemplo, quando as crianças se encontram entubadas ou usando suporte respiratório, quando se fazem necessárias traqueostomias e/ou gastrostomias, a postura no leito será preferencialmente em supino, tendo como cenário um teto geralmente monocromático. No campo de visão oferecido por essa postura, só é possível, para a criança, enxergar parte dos aparelhos que a monitoram ou parte das pessoas que se debruçam sobre ela. Enfeites, quadros, objetos pessoais ficam distantes de seu campo de visão. A ausência de janelas, vedando o contato com o mundo exterior, e a localização de muitas UTIs no final de corredores impedem, até aos profissionais, receber estímulos além daqueles da tecnologia ou provindos da própria gravidade da doença.

Por outro lado, são muitas as pessoas que a cada dia se debruçam sobre o leito de uma criança doente. Mas poucas iniciam um diálogo sobre suas dúvidas, o que poderia deixá-la mais confortável, como ela desejaria que se realizassem determinados procedimentos. O desejo de quem necessita permitir que seu corpo seja cuidado e sua forma de interpretar o que irá ocorrer não são trazidos para as indispensáveis negociações, uma vez que

não se oferece escuta a pessoas em tal situação. Lembramos o quanto foi importante para um pequeno menino, de quatro anos de idade, que acompanhamos há cerca de 18 anos, conseguir montar o próprio roteiro para suas sessões de quimioterapia. Dizia ele: "Fulano (chamando o médico pelo seu sobrenome, já que assim ele era conhecido por seus colegas de profissão), primeiro faça tal coisa, depois esta outra", e assim por diante. Ao ser escutado em suas solicitações, ele se sentia seguro na relação com seu médico, que, além de tratá-lo, cuidava de suas necessidades, oferecia-lhe um tempo para organizar cada sessão que, ambos sabiam, iria trazer desconforto, mal-estar, dor e pouca possibilidade de sucesso.

No hospital, a criança encontra, além dos aparelhos e exames, conceitos verbais novos e diferentes, expressões até então desconhecidas. Assim, ela já não come – a pergunta é: "Ela recebeu a dieta? Aceitou bem? Permanece na parenteral? Gavagem?". Ela já não faz xixi, mas sim "Ela apresentou diurese? Quanto?", para citarmos apenas algumas das novidades. Não estamos dizendo que os profissionais falam assim 'com' ela, mas, sem dúvida, discutem assim 'sobre' ela, à beira do leito ou mesmo na porta do quarto com outro profissional, nas bancadas das UTIs, onde tudo é visto e acompanhado por quem se sabe objeto de discussões e de preocupações. Junto com esses conceitos verbais que podemos chamar de não familiares, surgem também os ruídos não familiares, em geral pouco prazerosos. Os alarmes dos monitores, o som sempre cadenciado do respirador, o choro das outras crianças ou de um outro familiar, os envoltórios dos instrumentos ou do material esterilizado sendo abertos, o telefone que toca, a televisão quando ela quer dormir, tudo é compartilhado quando a criança está num CTI ou numa enfermaria. Ou seja, nada é da ordem do particular. Tudo é público, e não há privacidade.

Temos, então, um ambiente diferente e pouco usual, que traz consigo o estranhamento e a necessidade de novos diálogos e novos mecanismos de adaptação, mas que, por outro lado, não oferece um necessário tempo para seu reconhecimento. As hospitalizações se dão, em geral, de forma abrupta e permeada por sofrimento. Para que possam construir novas referências, toda a família e principalmente a criança precisam fazer um

enorme esforço na busca de mecanismos que permitam compreender esse mundo. E se a criança ainda for um *infans*, necessitará que seus pais assumam grande parte desse trabalho, descobrindo essa nova linguagem e se capacitando para torná-la compreensível para o bebê. Para que isso se torne possível, cabe à equipe de cuidados facilitar à família, com as chamadas "condutas de intermediação" (Morsch, 2004),[7] o reconhecimento do que acontece durante a hospitalização, como se dão os manuseios e por que são feitos, as intervenções terapêuticas sugeridas e a forma de a família participar desse processo.

De outro lado, a possibilidade de a criança trazer para o ambiente hospitalar registros pessoais de seu meio familiar e social a torna mais segura e a habilita para a criação de canais de comunicação com a equipe, repleto de padrões subjetivos e particulares. Isso é fácil quando a sugestão é de que a criança traga consigo fotos, brinquedos, o próprio travesseiro, por exemplo.

Uma de nossas experiências mais significativas se deu com a solicitação de Lucas. Com aproximadamente 7 anos, Lucas era conhecido de todos no hospital em virtude de freqüentes internações. Em fase terminal devido a um câncer em estado avançado, encontrava-se em isolamento no CTI Pediátrico. Consciente do que estava lhe acontecendo e sabendo que iria morrer nos próximos dias, nos solicitou que seu amigo Francisco fosse trazido ao hospital. Questionado sobre quem era Francisco, nos informou: "É meu *hamster*". O pouco tempo que tínhamos de trabalho nesse hospital não nos permitiu, na época, insistir com a equipe para convencê-la de que isso seria adequado e possível.[8] Mas, desde então, são vários os momentos em que nos lembramos desse pedido a que não conseguimos atender. O que Lucas havia solicitado é que trouxéssemos para junto dele, em seus momentos finais, seu companheiro especial, pois havia algum tempo ele vinha, lentamente, restringindo seu convívio social em virtude da gravidade de sua enfermidade.

A oportunidade de a criança se apropriar do espaço em que se encontra recorrendo a registros trazidos de casa ou construídos no próprio hospital é uma ferramenta indispensável para que ela possa se organizar em relação

à sua hospitalização. Mas talvez o que ocorra de mais significativo a partir dessa sugestão refere-se a mudanças na comunicação no ambiente hospitalar. Muitas vezes, por meio de fotos de familiares ou de desenhos colocados à vista, próximos ao leito ou junto dos aparelhos de monitoração, são estabelecidos canais de interação entre a criança e a equipe, entre a família e a equipe, permitindo que temas além da doença possam ser compartilhados. As fotos de amigos e da própria família induzem a perguntas dos médicos, enfermeiros, e mesmo do pessoal da manutenção, tais como "Quem são? Como se chamam? Onde isto aconteceu? Quando?" etc. Ou seja, abrem um espaço para palavras que irão compor uma narrativa presentificadora dos registros de experiências afetivas e sociais, garantindo para a criança e sua família a possibilidade de seu retorno ou de sua continuidade. Ao mesmo tempo, oferecem um estímulo para que a equipe conheça alguns detalhes de como se dá a vida familiar de seu paciente.

Muitas vezes não é o paciente, mas sua família, que nos oferece tais informações. Helena nasceu muito prematura e muito pequena, para tristeza de sua família. Os pais, assustados, demoraram a trazer os irmãos mais velhos para a visita. Ambos pré-adolescentes, ao comparecerem mostraram um grande entusiasmo pela irmã, ao mesmo tempo que se mostravam preocupados ao acompanhar algumas intervenções realizadas na pequena menina. No dia posterior à visita, mandaram para serem coladas na incubadora fotos suas, com posturas e expressões faciais que mostravam seu descontentamento, junto com bilhetes para a equipe cuidar da irmã com muita atenção e cautela. Caso contrário, "eles resolveriam este problema". Essa forma de se comportar fez com que a equipe toda se envolvesse com suas preocupações, comentasse suas fotos e seus bilhetes, configurasse em relação à Helena uma observação especial. Constatando a preocupação dos irmãos, a equipe toda, sem dúvida, foi contaminada por suas solicitações, e Helena passou a ter novos registros relacionados a seus cuidados e às suas observações clínicas que, podemos pensar, eram muito maiores que o tamanho de seu corpo.

Ou seja, as referências subjetivas de cada uma das crianças – trazidas por ela mesma ou por seus representantes – são fatores fundamentais a

serem pensados no espaço hospitalar. Qualquer espaço, numa primeira visão, apresenta-se apenas como algo físico, mas podemos perceber que aos poucos ele constrói um diálogo com os aspectos afetivos, sociais e cognitivos de quem o habita. Isso provoca uma dialética capaz de oferecer referências e significações ao que é vivenciado. Assim, a continuidade que facilita sua apropriação oferece sustentação para o desenvolvimento da "confiança básica" (Erikson, 1976) e da "base segura" (Bowlby, 1989). Isso ocorre também por meio das expressões gráficas das crianças ou mesmo de seus familiares.

Com seus desenhos, a criança expressa o que se passa em seu mundo interno. Ao mesmo tempo que oferece uma mensagem, sua realização lhe proporciona uma apropriação de experiências presentes ou passadas. O respeito que oferecemos ao seu significado, não enxergando nas representações gráficas apenas algo que é "coisa de criança", mas sim um legítimo representante do que se que passa em seu mundo interno, imprime um olhar de reconhecimento e adequada valorização do provável sofrimento e desconforto presentes no momento. João, um menino de 5 anos, ficou internado durante uma semana sem que seu diagnóstico fosse esclarecido. Com o retorno dos sintomas, João necessitou de nova internação, agora no hospital onde desenvolvemos nosso trabalho. No início mostrava-se muito zangado, com muita dificuldade em seu relacionamento com a equipe, sendo difícil, inclusive, a realização de seu exame clínico. Quando lhe foi oferecido material de desenho, aceitou e desenhou um touro muito bravo. Perguntado se gostaria de deixá-lo exposto, resolveu colocá-lo na porta de seu quarto, e assim foi feito. Dessa maneira, todas as pessoas que entrassem em seu quarto saberiam, de antemão, sobre seu humor. Semanas depois continuava internado, porém mais tranqüilo e interagindo bem com a equipe, quando então resolveu trocar o desenho do touro pelo de um palhaço.

Dinâmica da Rotina Hospitalar

Todas as atividades diárias, num hospital, são programadas em torno dos cuidados com a doença e das rotinas preestabelecidas pela instituição (banho pela manhã, almoço num horário certo, assim por diante),

modificando a rotina familiar até então conhecida pela criança e acentuando a perda da sua autonomia e a de seus cuidadores familiares. O relato de uma das mães com seu bebê de 6 meses internado explicita bem essa situação: "Eu tive o maior cuidado para estabelecer uma rotina boa para ele, com o horário de brincar, papar, banho e soninho... cheguei no hospital e bagunçou tudo". Se 'bagunçou' para ela, como será para seu filho enquanto ela não puder, para si e por ele, entender esse processo?

Esse relato nos permite pensar sobre papéis e funções que se alternam e em alguns momentos se confundem. Quais são as figuras organizadoras para a criança, no hospital? Quem deve lidar com a recusa alimentar de uma criança? A mãe ou o médico? A enfermagem? Quem deve acompanhá-la em exames mais invasivos? Um dos pais ou alguém especificamente preparado da equipe? Traçando um paralelo com outras questões ligadas à separação, todos aceitamos muito bem que para uma melhor adaptação à escola, os primeiros passos de qualquer criança devem ser acompanhados por suas figuras de referência – mãe, pai ou algum outro familiar dedicado ao seu cuidado. Ao chegar ao hospital, a criança possui figuras de referência representadas pelos pais, avós e outros cuidadores. De maneira rápida percebe que nesse local as regras se modificam e a condução de seu dia-a-dia se dá pelo comando de pessoas até então desconhecidas. Como poderemos ajudá-las a apresentar condições de enfrentar essas novas situações que apresentam configurações extremamente mais sérias que a entrada na escola, se não utilizarmos como parceiros aqueles personagens que representam, para elas, apoio e sustentação?

Tais perguntas exigem que tenhamos muita clareza quanto a questões específicas dos paradigmas do desenvolvimento infantil. Ou seja, é imprescindível conhecermos aspectos psíquicos da fase de desenvolvimento em que se encontra o bebê, a criança ou o adolescente que pretendemos cuidar. Ligados a essas variáveis evolutivas teremos diferentes maneiras de surgir fantasias, temores, inseguranças, evitação ou mesmo comportamentos de aproximação entre a criança, a equipe e o tratamento.

A faixa etária e o nível de funcionamento[9] de cada uma das crianças sob nossos cuidados devem ser outros de nossos parâmetros para o

entendimento da maneira como cada uma delas reage a nossa presença, à instituição e às solicitações que lhes faremos. Ou seja, na dependência de sua capacidade motora, de seu nível de linguagem compreensiva e expressiva, de seus interesses, de suas habilidades de adaptação a outros cuidadores além do pai e da mãe, todas questões próprias de seu momento evolutivo, é que ela irá oferecer uma mais adequada ou menos adequada relação com a equipe. É claro que isso tudo deve ser associado ao seu desenvolvimento sociocognitivo, o qual determina o nível de maior ou menor sofisticação quanto ao entendimento da criança sobre a situação.

Portanto, conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil com todas suas nuances, e não apenas aspectos fragmentados, são pré-requisitos indispensáveis na formação dos profissionais dedicados às crianças nos hospitais. Por outro lado, mesmo na doença os momentos evolutivos demandam adequada provisão para a garantia de que suas aquisições possam se dar da maneira mais saudável possível. Ou seja, o investimento no cuidar deve focar não só a doença, mas a saúde da criança, por intermédio de intervenções que levem em conta as variáveis de cada uma delas e de suas famílias, garantindo com isso o menor número possível de morbidades, quando da alta hospitalar.

Consideramos como alguns marcos significativos: próximo aos 7 meses de idade, o bebê passa a compreender que seu mundo trará consigo aspectos não familiares, o que o deixa reativo à aproximação de alguém que não faz parte de sua rotina – esconde o rosto, chora, evita o colo, agarra-se na figura conhecida (Spitz, 1972). Isso se repete em torno de seus 14 meses. Basta lembrarmos como é difícil o exame clínico/pediátrico nesta idade. Aos 2 anos de idade questões de autonomia e separação se tornam o eixo principal da conduta e da vida afetiva da criança. Tais idades constituem momentos cruciais para o estabelecimento de uma base segura no caminho da subjetividade e da independentização do bebê. Entretanto, para poder separar-se, a criança nesta faixa etária precisa experimentar uma proximidade e uma disponibilidade intensas de seus cuidadores primários. O banho, a hora de dormir, a troca de fralda, um novo especialista que vem para exames complementares, por exemplo,

podem se transformar em estresse adicional para as crianças, no hospital. São momentos em que a importância da presença da mãe ou de sua substituta familiar torna-se inquestionável.

Entre 4 e 5 anos, a finitude passa a ser um conceito trabalhado internamente pela criança, que nesta faixa etária possui capacidade de processamento cognitivo e habilidades afetivas que a fazem se aproximar de forma mais organizada e clara da questão da morte. Como viverá essa fase se internada, com risco de vida, ou presenciando a morte de um companheiro de CTI ou de enfermaria? Ela estará, em suas vivências reais, sendo confrontada com aspectos evolutivos reais, que em situações normais deveriam estar presentes apenas em seu mundo interno, aparecendo apenas de forma protegida nas histórias de faz-de-conta, nos desenhos, em seus sonhos e pesadelos. Ao se tornarem parte de uma realidade vivenciada de forma tão próxima, podem configurar temores reais e possíveis de lhe causar danos. Já para o púbere e para o adolescente, a exposição do corpo é algo de extremo desconforto e sentido, com freqüência, como uma grande invasão.

Além desses períodos evolutivos que estamos nomeando, temos que lembrar que no processo de desenvolvimento sempre adquirimos determinadas marcas em nosso ciclo vital. Experiências relacionadas à segurança interna, confiança, separação, são avatares de nossa estrutura psíquica que irão reagir sempre em situação de perigo ou de ameaça. De acordo com Bowlby (1982), a proximidade da figura de apego ou sua representante é, nessas ocasiões, necessária, independentemente de nossa faixa etária. Portanto, a participação das figuras de referência primária nos cuidados hospitalares de crianças não será jamais concessão de uma instituição hospitalar para com seus usuários. Será sempre a primeira recomendação terapêutica, pois está para o psíquico e para a qualidade de vida assim como estão o respirador ou o CPAP para a função pulmonar.

Não possuir recursos para enfrentar algumas dessas questões pode inaugurar nas crianças uma conduta reativa à situação, como negativismo ou agressividade, ou ainda características de um falso *self*, o que tem nos preocupado pela freqüência com que vem sendo observado. Caracteriza-se este falso *self* por condutas que parecem, se tivermos um olhar pouco

avisado, de boa aceitação e compreensão das necessidades terapêuticas, pouco questionamento, comportamentos muito solícitos para com a equipe, excelente integração ao espaço hospitalar, especialmente nas doenças crônicas. Essa forma de se conduzir torna-se muitas vezes pervasiva, por tomar conta das condutas das crianças em seu dia-a-dia, em suas relações, impedindo que o verdadeiro *self*, com seus sentimentos e suas necessidades, conduza a criança em seu desempenho diário.

Após essas considerações acreditamos ser importante apresentarmos questões específicas que circunscrevem as doenças. Um dos grandes divisores refere-se às diferenças entre o que se dá num processo agudo de doença e o que ocorre num processo de doença crônica, na infância. Ambos trazem consigo respostas defensivas fundamentais para seu enfrentamento, sua adaptação à doença e para expressão de suas necessidades, e nos oferecem solicitações diferenciadas de intervenção. Ambos devem ser olhados com maior respeito e intensa dedicação por parte dos profissionais e da família, mas devem ter seus limites conhecidos para que se possa realmente cuidar, e não apenas tratar, de uma criança doente (Lamy, 2000).

Significados e Convivência da Criança com Doenças Agudas e com Doenças Crônicas

Consideramos importante iniciar agora uma discussão quanto à compreensão do que significa ser portador de uma patologia aguda ou de uma patologia crônica. Muitas questões são compartilhadas por esses dois grupos, mas existem especificidades em cada uma delas, especialmente relacionadas ao tempo e ao espaço. Estes fatores – espaço e tempo – determinam grandes diferenças quanto ao que a patologia representa no ciclo vital da criança e de seus acompanhantes. Dão lugar a duas lógicas no entendimento de como se estabelecem as relações com a própria doença, com a equipe, com o cotidiano do hospital e com a própria vida.

O paciente com enfermidade aguda tem um tempo e um espaço circunscritos, nos quais a doença atua concretamente em sua vida. Tudo pára, abandonam-se as atividades rotineiras, a família se disponibiliza, a mãe pede licença no trabalho, o pai sai antes do horário do expediente, os

amigos visitam, condutas não corriqueiras são aceitas, entendendo-se tudo em função da doença. Afinal, isso ocorre num período curto, a recuperação clínica é rápida, assim como o retorno às atividades diárias. Vale ressaltar, entretanto, que as repercussões da experiência do adoecimento e da hospitalização em quadros agudos podem ir além do período dessa experiência, mas serão passageiros (Lewis & Wolkmar, 1993). Assim, uma internação por infecção respiratória pode levar a criança a apresentar pesadelos algum tempo depois, ou ela pode mostrar desenhos sugestivos de destruição, medo, temor. Mas o suporte afetivo da família, conversas sobre a hospitalização por que passou, atividades de relaxamento, confiança na instituição escolhida para cuidá-la ajudam na elaboração das vivências pouco prazerosas que ocorreram.

No caso da criança que freqüenta escola, mesmo que o período de internação seja curto, destaca-se a importância da manutenção deste vínculo, seja por meio de uma correspondência com os seus pares, ou até mesmo de um trabalho pedagógico dentro do espaço hospitalar. Manter o trabalho acadêmico é uma referência de saúde para qualquer criança no momento de sua hospitalização. Desenhos, bilhetes de amigos e de colegas colocados junto do leito oferecem a idéia de que se é querido, que existe saudade e que sua ausência é sentida. As visitas de outras crianças, sejam amigos, irmãos ou mesmo primos, para a realização de atividades como jogos, desenhos, alguns bate-papos, permitem o estabelecimento de momentos extremamente prazerosos para todos. Em determinada ocasião acompanhamos a internação de um adolescente em que foi possível observarmos a importância de seus pares. Antonio havia sofrido um acidente e encontrava-se imobilizado na cama ou em cadeira de rodas. Seus amigos, colegas da escola, não tiveram dúvidas – desceram com ele para o pequeno pátio que fica em frente ao hospital para poderem, em grupo, bater papo de forma descontraída, longe dos olhares para eles sempre controladores dos adultos que se encontravam no hospital – equipe e família.

A patologia, como bem sabemos, imprime uma forte marca no funcionamento das crianças e em seus cuidadores/famílias. Como redefinir a dimensão dessa marca, principalmente dentro de um espaço social/

hospitalar no qual esta se encontra em maior evidência? Uma das estratégias-eixo é exatamente o que vimos discutindo até aqui: investimento nos recursos de saúde das crianças, nas suas possibilidades, não apenas em sua doença. Uma criança durante o período de internação, com exceção de um quadro muito grave em que esteja em coma induzido, apresenta sempre uma possibilidade de atuação e interação com o meio. Logo, é importante que, dentro de suas possibilidades físicas e emocionais, seja mantido contato com os atores da sua rede social, por meio de cartas, desenhos ou encontros no espaço hospitalar. As atividades rotineiras não devem se restringir aos procedimentos, aos exames ou mesmo a assistir à TV. Devemos procurar incluir em sua rotina o brincar, o uso de histórias, de desenhos e também o de socialização com as demais crianças internadas. Este, por sinal, é um recurso de grande eficácia: o encontro entre as crianças que estejam enfrentando a situação da hospitalização permite que todas tenham a oportunidade de apreender formas diversificadas de se apropriar das questões relativas aos limites do adoecimento e da hospitalização.

Um outro desafio enfrentado pelas crianças internadas refere-se ao fato de que o seu cotidiano envolve procedimentos que, além de serem desconhecidos e dolorosos, ocorrem muitas vezes em detrimento daqueles considerados prazerosos. Essas experiências algumas vezes são difíceis de serem compreendidas, podendo se configurar como traumáticas. Os exames e procedimentos podem não ser em si o motivo do trauma. Mas esse pode ocorrer quando há falta de entendimento da criança sobre o que estão fazendo com ela. E ela se pergunta por que seus cuidadores, pais e familiares permitem a realização de procedimentos e exames que lhe causam tanto desconforto e sofrimento. Segundo Freud (1986), o trauma é causado não pelo fato em si, mas pela impossibilidade que a criança tem de dar sentido ao fato. Para tanto, ela necessita de todas as informações sobre o que se passa com ela e o que se espera da participação de cada um – dos membros da equipe, de sua família e dela mesma.

Após acompanharmos uma internação longa (superior a dois meses) de uma menina de 7 anos, Jéssica, tivemos a oportunidade de testemunhar os efeitos de experiências especiais dentro do hospital. Uma delas foi da

sua escola, que disponibilizou uma de suas professoras para lhe dar aula diariamente, durante duas horas. Próximo ao horário de aula Jéssica aguardava a atividade sempre vestida e penteada, o que não era muito freqüente nos demais horários em que a visitávamos, principalmente pela necessidade de passar a maior parte do dia acamada por causa das numerosas intervenções cirúrgicas que sofria em seus membros inferiores. Num dos horários programados a professora, apesar de presente, não pôde dar aula, pois houve necessidade de realizar novos curativos e de introduzir uma sonda para que a urina não os molhasse. O procedimento precisou ser realizado por mais de uma vez, ocupando todo o horário disponível da professora. Um tempo depois do manuseio ter-se encerrado, dirigimo-nos ao quarto de Jéssica e surpreendemos sua cirurgiã passando deveres em seu caderno, pois ela havia perdido a aula. A ida diária da professora, temos certeza, elevou a auto-estima de Jéssica. Suas prioridades não ficaram restritas à gravidade de sua doença. Já a conduta da cirurgiã nos fez descobrir uma cuidadora disponível, capaz de avaliar a falta que fez, para a criança, uma atividade ligada à saúde. Não restringiu sua intervenção aos curativos nem desvalorizou seu desejo, garantindo-lhe que "amanhã a professora vem e você terá as aulas propostas". Entendeu que aquele tempo e seu significado eram preciosos para Jéssica.

Todas essas estratégias representam alguns dos dispositivos que podemos usar para um atendimento que busca abordagem integral da criança acometida por uma doença, aguda ou crônica. Mas ao nos referirmos à atenção àquela população de crianças, com doenças crônicas, temos certeza de que este é um 'campo de conhecimento' desafiador, complexo e ainda pouco explorado. Mas o que já sabemos nos faz pensar que a doença crônica leva a criança e sua família a experimentar condições únicas, persistentes e angustiantes, sempre de uma ameaça potencial ou manifesta do risco da morte. A convivência com a enfermidade, como indicam Adam e Herlizlich (2001), invade todos os espaços de sua vida, tornando-a, inclusive, mediadora de todas as relações familiares e sociais. Esse impacto desorganizador é observado nas áreas de atividades e de relações da criança na família, na escola e no lazer. Ao mesmo tempo, a cronicidade circunda

a pessoa acometida da doença, contaminando quem a cerca, determinando mudanças fundamentais nas funções e no desempenho dos indivíduos próximos.

Como diz Aragão (2004), a doença crônica gera inúmeras exigências tanto do indivíduo portador como da sua rede, envolvendo transformações no mundo físico, mas também socioculturais, ampliando ou restringindo o campo de possibilidades de ação dos indivíduos envolvidos. O diálogo entre Daniela, uma menina de 9 anos portadora de fibrose cística internada no CTI, e sua mãe configura bem os encargos extras sobre os cuidadores dessas crianças. Após terminar a sessão de fisioterapia, disse-lhe a mãe: "Viu, Daniela? Quando eu falar para você fazer a fisioterapia, tem que fazer, senão piora e fica como você ficou". Daniela virou-se para a mãe, olhou-a profundamente nos seus olhos e disse: "E você deixou".

Os portadores de doença crônica e os indivíduos de sua referência constroem um novo mundo sociocultural, com estilos de vida que comportam as implicações e os limites impostos pela patologia. São introduzidos objetos, aparelhos e instrumentos ligados aos cuidados com a saúde, tais como nebulizadores e sondas, nos casos de mucovicidose, medidores e seringas no caso do diabetes... As cerimônias que marcam os grandes acontecimentos no ciclo da vida ganham outro significado, os aniversários são vistos como vitórias, as festas familiares sustentam uma mensagem oculta mas presente em todos – conseguimos estar todos juntos, mais uma vez, mas... até quando? Certa ocasião, participando de uma festa de aniversário de um menino com quadro oncológico em fase terminal, olhamos com surpresa o bolo que havia sido confeccionado com muito carinho por sua tia, em cima da mesa – um lindo relógio cuco! Ninguém na festa percebeu esse detalhe. Muitos anos depois, voltando a conversar com a família, fizemos essa observação, olhando as fotos do aniversário, na verdade o último que ele havia completado. E só então a mãe deu-se conta do significado do objeto escolhido.

Quando se discute a doença crônica em crianças, fica claro que as experiências que elas provocam devem ser contidas por elas, num campo de conhecimento. Isso determina que seu foco de atenção, de envolvimento

com a vida e com seu dia-a-dia passe a ser compreendido segundo o que lhes é permitido ou não realizar; por exemplo, o que podem ou não comer, no diabetes ou nas doenças metabólicas. Quais as informações que disponibilizamos para que ela, a criança, possa entender algo que não é visível, que lhe é impingido a partir de números e palavras estranhas num papel do laboratório, ou a partir de sintomas que lhe causam sensações corporais desagradáveis e impedimentos? Como ela irá criar seu campo de conhecimento sobre sua situação clínica, a qual lhe permitirá reconhecer a si mesma, formar sua identidade, comportar sua doença e seus sintomas, agregar outras figuras de referência, como médicos e enfermeiros?

Trata-se, sem dúvida, de uma realidade única, como afirmamos aqui, que se constitui numa outra cultura, na qual a possibilidade de compartilhar seu campo de conhecimento é parca, pois restrita a um pequeno número de parceiros que ela não encontra em seu cotidiano, a não ser no hospital ou nos serviços de referência. A rotina de sua vida será sempre determinada por aspectos relacionados à sua patologia, que, muitas vezes, também é pouco conhecida das equipes de saúde.

Para poderem dar conta dessas situações, as crianças com doenças crônicas freqüentemente nos chamam a atenção pela maturidade com que lidam com procedimentos e a precisão com que relatam sintomas e informações sobre sua patologia. Elas se apropriam das informações necessárias provindas de suas próprias sensações e aquelas que recebem de seu meio ambiente, para poderem cuidar de sua patologia. Assim, crianças acometidas por doenças respiratórias, com menos de 2 anos de idade são capazes de permanecer por volta de 15 minutos paradas, segurando o aparelho para sua nebulização, duas a três vezes por dia. Observando outras da mesma idade que fazem uso esporádico de nebulizações, constatamos muita dificuldade em suportar o equipamento. Em geral os pais têm necessidade de segurá-las com firmeza, inventar histórias ou prometer algum prêmio.

Assim, a especificidade do conhecimento de uma criança com doença crônica sobre as sensações corporais e os procedimentos a que é submetida e a constância destes em sua vida exigem que alcancemos o melhor

entendimento possível sobre seu comportamento. Elas possuem uma compreensão explícita e muito real sobre suas necessidades particulares de serem submetidas a intervenções muitas vezes até dolorosas.

Acompanhamos duas crianças com internações extremamente longas (em torno de dois anos), uma de 3 e outra de 5 cinco anos, que indicavam para a equipe quando se sentiam cansadas e pediam para serem colocadas no aparelho de ventilação não invasiva (o qual impedia a sua circulação fora do leito enquanto provocava em seu aparelho respiratório uma sensação contínua que nos parecia muito desconfortável). O reconhecimento de suas necessidades e a clareza que possuíam sobre aquilo de que necessitavam na busca de um certo conforto surpreendia e mobilizava a todos que as acompanhavam. Temos aqui um aspecto do campo de conhecimento que é próprio e intransferível, provém do próprio corpo e é determinado por sensações que 'apenas elas' podem sentir e expressar. Não há ninguém, nesse momento, habilitado a falar por elas, portanto a escuta deve estar presente e as respostas devem ser condizentes com suas reais queixas. Não deve haver dúvidas, pois o que elas relatam não pode ser avaliado por não portadores.

Entender essas transformações que vão além de um campo de conhecimento e que implicam vivências diárias, carregadas de tantas marcas que a patologia imprime na vida da criança, nos faz entender que há, sim, repercussões na maneira como ela, a criança com doença crônica, se apresenta e se relaciona com o mundo e no mundo. A doença crônica é intrinsecamente parte da sua identidade. A negação desse fato, por pessoas próximas, é algo que não pode ocorrer. A equipe entender apenas parcialmente que existe um difícil desafio para cumprir todas as prescrições terapêuticas, as quais, de acordo com o saber médico, permitiriam à criança alcançar uma qualidade de vida melhor, pode criar uma dissociação entre o que a criança e sua família sentem e percebem. É comum que as pessoas em volta desvalorizem a doença, na tentativa de ajudar a criança a não sofrer ou tentando não lhe impingir um valor maior, o que reforça ainda mais o isolamento da criança e de sua família nuclear, dificultando a redefinição das diferenças por elas vividas.

Dentro das instituições de saúde é muito comum perceber esse tipo de comportamento nos profissionais. Estes, com freqüência insistem em que "a vida deve ser vivida normalmente". Trata-se de uma afirmação paradoxal, na medida em que são eles mesmos que dizem possuir um nível de conhecimento consistente sobre a realidade dessas crianças e que as informam sobre os riscos existentes. O atendimento dessa população necessita reconhecer e acolher as questões socioafetivas envolvidas na convivência com a patologia crônica, entendendo-se que elas não são apenas secundárias à doença, pois fazem parte da patologia que a criança apresenta. Devemos ter claro que não são aspectos que fácil ou magicamente possam ser trabalhados em psicoterapia e que, então, deixariam de existir. Eles fazem parte do adoecimento em determinados quadros clínicos e não podem ser considerados como simples anexos psíquicos desse processo. O relato das experiências diárias do paciente e de sua família deve ser acolhido da mesma maneira como acolhemos a queixa de temperatura alta ou dos marcadores desviados em exames laboratoriais.

Nas histórias que envolvem a presença de doenças crônicas na infância, os serviços de saúde e os cuidadores que fazem parte do cotidiano da vida dessas crianças devem oferecer uma atenção cuidadosa para tais questões. Especialmente por ser o hospital o espaço de destaque nos seus cuidados e, mais que isso, reconhecido como garantidor de sua sobrevida. Isso se intensifica ainda mais quando se trata de uma instituição de referência no sistema de saúde para o cuidado de determinadas patologias, condição que acarreta uma séria responsabilidade para a instituição, na busca contínua de orientações e novas informações. Contudo, tanto cuidadores como familiares precisam ter consciência de que, muitas vezes, o que o hospital tem a oferecer a esses usuários especiais não é o suficiente para manter sua qualidade de vida.

Não podemos esquecer também que as internações recorrentes, necessárias e indicadas, representam novas perdas no aspecto socioafetivo, nas possibilidades de interação e autonomia, como também, após algum tempo mais prolongado, o esgotamento das possibilidades de intervenção.

Atualmente, alguns portadores de patologias ganharam maior sobrevida devido aos avanços dos suportes tecnológicos e medicamentosos. Entretanto, as inovações ainda são pouco conhecidas do ponto de vista de qualidade de vida e *follow-up* de seus resultados. Este é um aspecto que marca uma relação diferenciada com a instituição, pois não existem, para algumas situações, informações de possíveis terapias após o diagnóstico, sobre o que pode ser feito em relação à patologia, à sintomatologia apresentada. Uma pergunta ainda não respondida é: até onde valem os sacrifícios da criança em prol de sua não reconhecida recuperação?

As doenças metabólicas refletem bem essa realidade, pois tanto seu diagnóstico como seu tratamento ainda apresentam dificuldades em nosso país. Nesse contexto a participação dos cuidadores passa a ter outra relevância, uma vez que os parâmetros tradicionais que configuram a relação entre paciente e equipe são insuficientes para dar conta do que se passa com a criança e do que ela necessita. Os poucos conhecimentos disponíveis, um alcance limitado de drogas para o tratamento e da alimentação especial para algumas doenças fazem necessária uma outra forma da relação entre o médico, a família e o paciente, visando a uma decisão compartilhada.

A partir da inserção da variável do desconhecimento sobre a evolução e o prognóstico da patologia na vida da criança, é retirado um referencial importante para construção de estratégias de tratamento e convívio com a doença. Mesmo sabendo que dentro da cultura das doenças crônicas não se busca a cura, e sim um maior domínio sobre a patologia e suas repercussões na vida do seu portador, caso a instituição de saúde não tenha uma trajetória consistente de terapêutica, observamos que o 'contorno do cuidar' é perdido. A incerteza passa a repercutir com intensidade, e a ambivalência aparece no uso do instrumental que se tem disponível.

Adam e Herzlich (2001) chamam a atenção para essa situação das doenças crônicas que se tornaram cada vez mais numerosas, como importante elemento para a compreensão do estabelecimento de uma nova relação médico-paciente. Afirmam que vem ocorrendo uma transferência de competência do médico para o paciente: o doente "cuida de si". No caso

das crianças com doenças crônicas, isso envolve seus cuidadores/família. O desafio que se impõe é o da redefinição do papel do paciente e de seus cuidadores como protagonistas não só do convívio com a doença, mas também de sua condução e de seu tratamento. Estabelecida essa parceria, a qualidade do vínculo com a instituição de saúde também se transforma, não se limitando ao suporte biomédico mas passando a ser uma referência aglutinadora e replicadora de informações. Um apoio significativo se dá por meio dos grupos familiares, que podem ser formais ou até informais. Em relação às doenças metabólicas, o apoio que diferentes famílias oferecem entre si é fantástico. Informações sobre como conseguir medicamentos, leites especiais, ou mesmo a partilha de remédios até que cheguem novas unidades são exemplos comoventes de uma forte rede social de apoio.

A partir da constituição desses novos paradigmas na integração entre o hospital, seus profissionais e a família, as instituições acabam criando uma outra representação na vida dessas crianças e de seus cuidadores. O hospital passa a se configurar como um espaço de suporte, de *holding*, no sentido winnicottiano de cuidado e atenção. É lá que a história de cada uma das crianças encontra outros pares, encontra profissionais que se tornam importantes interlocutores em sua trajetória, não só pelo conhecimento técnico, mas pela adequada compreensão e participação em seu cotidiano.

As próprias crianças, com seus comportamentos no hospital, tornam possível a identificação de alguns pontos para compreensão dessa nova relação. Especialmente quanto à maneira de participar de seus cuidados, como já exemplificamos aqui, ou então por meio de suas narrativas. Nas internações prolongadas ou que se repetem continuamente ocorre, como predomínio, um funcionamento próximo ao que chamaríamos de falso *self*.[10] A capacidade de reinventarem sobre a internação, de, apesar de todos os procedimentos dolorosos, da perda da autonomia e da liberdade, responderem tão bem aos estímulos positivos de brincar, aprender e se relacionar pode gerar, no observador, um grande estranhamento. O aprendizado de como lidar diariamente com situações específicas de sua doença é essencial para sua qualidade de vida. Desde muito pequenas, elas compreendem a necessidade de enfrentar exames e procedimentos,

assumindo postura cooperativa, apesar do desconforto e da dor. Utilizam mecanismos adaptativos que as capacitam para enfrentar as intervenções e facilitam a relação com as diferentes pessoas que continuamente entram no quarto, tocam seu corpo, examinam seu aparelhos, determinam atitudes, impedem ações.

As particularidades do comportamento dessas crianças privilegiam escolhas e condutas que mostram compreensão e instrumentalização sociocognitiva em relação à dinâmica da instituição de saúde. O próprio brincar apresenta um diferencial, é vivenciado dentro de uma dinâmica menos abstrata e imaginativa, apoiando-se em elementos que poderíamos considerar concretos para acontecer. A transformação dos objetos e o mundo de faz-de-conta não são elementos que se manifestam de maneira espontânea, com freqüência, em suas brincadeiras.

Outro aspecto que chama a atenção é a relação estabelecida com os indivíduos que trabalham no hospital, não só com os profissionais da saúde, mas com funcionários em geral. Henrique, de 10 anos, paciente renal crônico terminal na sua última longa internação, expressa a redefinição dos papéis que as crianças atribuem à nova rede social que os cerca. Henrique já estava no CTI há dois meses, sempre acompanhado de sua mãe. Seu pai era ausente e sua irmã era cuidada pela tia. Chegou um momento em que a mãe não pôde mais acompanhá-lo o tempo todo, devido à preocupação com a outra filha, passando Henrique a ficar vários dias sozinho, sem nenhum familiar. Um dia, o menino dirigiu-se a uma das profissionais que o acompanhava desde o início da internação e lhe perguntou se ela não poderia ser sua irmã, pois já havia estabelecido que outra funcionária da limpeza, que também o acompanhava desde o início, seria a sua mãe. A princípio a proposta assustou a todos. Mas, ao contextualizarmos o momento de Henrique, conseguimos avaliar que se tratava de uma última tentativa de reorganização do universo familiar, criado por ele, para tornar o momento mais suportável e até acolhedor. Com ele aprendemos que as possibilidades de criar estratégias de saúde, mesmo de forma paradoxal (e aqui voltamos a Winnicott, 1988), indica a capacidade de enfrentamento dessas crianças.

A criança e familiares que já convivem há um tempo com a doença vão chegar à instituição com uma carga de conhecimento sobre a sua patologia e procedimentos. Isso vai requerer uma aproximação especial que busque a criação de uma parceria, na qual a subjetividade construída sobre tudo o que envolve a doença possa também ser ouvida e acolhida. A grande maioria das crianças e familiares construiu estratégias e referências particulares para entendimento e cuidado com a dinâmica da doença. Falas de mães com precisão sobre o estado da criança, ou antecipação de alguma intercorrência, são rotineiramente acompanhadas. O que indica a necessidade de uma construção compartilhada sobre cuidados e diretrizes do tratamento. Acreditamos que esses sejam outros pontos-chave da discussão sobre o que seja humanização nos cuidados hospitalares das crianças.

> Com intuito de potencializar as possibilidades de tratar da saúde, é necessário ativar outros sistemas que a envolvem, não basta apoiar-se nos avanços tecnológicos e no conhecimento médico. É necessária uma análise de múltiplas perspectivas, correlacionando as suas informações, tendo uma visão mais clara da realidade do paciente como indivíduo inserido no sistema familiar, social, econômico, biológico e abordado na sua natureza complexa. (Aragão, 1999)

Notas

[1] Lei n. 8069 de 13/07/1990, artigo 12: "Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente".

[2] De acordo com Elizabeth Michaut – Apache <www.hospiweb.com>.

[3] <www.doutoresdaalegria.org.br>.

[4] Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz, Rio de Janeiro.

[5] <www.ippmg.ufrj.br/BiViva.html >.

[6] <www.iamspe.sp.gov.br/programas>.

[7] Condutas facilitadas pelas equipes aos pais de bebês e crianças internadas, por meio de sua integração ao processo de internação, pelo conhecimento do que ocorre e por sua participação nos cuidados hospitalares.

[8] Sabemos de algumas experiências, mesmo em nosso país, em que isso seria possível.

[9] Temos de lembrar que em CTIs pediátricos a presença de crianças com neuropatias severas com questões extremamente importantes relacionadas à comunicação e à integração sensorial exige uma abordagem ainda mais atenta e diferenciada em seu manuseio, tendo em vista esse funcionamento especial.

[10] Não muito freqüente nos quadros oncológicos.

Referências Bibliográficas

ADAM, P. & HERZLICH, C. *Sociologia da Doença e da Medicina*. Bauru: Edusp, 2001.

ARAGÃO, P. *A família da criança hospitalizada*, 1999. Monografia, Rio de Janeiro: Graduação em Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ARAGÃO, P. *A criança com mucoviscidose e o seu campo de possibilidades: uma perspectiva etnográfica de dois estudos de caso*, 2004. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

BOWLBY, J. *Formação e Rompimento dos Laços Afetivos*. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

BOWLBY, J. *Uma Base Segura*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual do Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Mimeo.)

ERIKSON, E. *Identidade, Juventude e Crise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

FREUD, S. Más allá del principio del placer. In: FREUD, S. *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorroru Editores, 1986. v. 18.

LAMY, Z. C. *Unidade neonatal: um espaço e conflitos e negociações*, 2000. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.

LEWIS, M. & WOLKMAR, F. *Aspectos Clínicos do Desenvolvimento na Infância e Adolescência.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

LINDQUIST, I. L'enfant à l'hôpital: la thérapie par le jeu. 1973. Disponível em: <http://www.hospiweb.com>. Acesso em: abr. 2005.

MOORE, K. C. et al. Implementing potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units: successes and challenges. *Pediatrics*, 111(4):e450-e460, 2003.

MORSCH, D. S. *Quando a vida é prematura: a interface entre o desenvolvimento afetivo e cognitivo em bebês pré-termo*, 2004. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.

SANTA ROZA, E. Um desafio às regras do jogo: o brincar como proposta de redefinição do tratamento da criança hospitalizada. In: SANTA ROZA, E. & REIS, E. S. (Orgs.) *Da Análise na Infância ao Infantil na Análise*. Rio de Janeiro: Contracapa, 1997.

SILBERTIN-BLANC, D.; HASCOET, J. M. & TCHENIO, D. Regards croisés et divergents des professionnels sur les bébés nés "très grand prématurés". *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 49:449-460, 2001.

SPITZ, R. *El Primer Año de Vida del Niño*. Madrid: Aguilar, 1972.

WINNICOTT, D. *Textos Selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

Os Desafios da Humanização em uma UTI Neonatal Cirúrgica

10

Maria de Fátima Pinheiro da Silva Junqueira
Denyse Telles da Cunha Lamego
Denise Streit Morsch
Suely Ferreira Deslandes

Este artigo apresenta, com base em um estudo teórico e prático, as relações estabelecidas entre os profissionais da saúde de uma UTI Neonatal Cirúrgica (UTINC) com os bebês internados e seus pais. O conceito de cuidado integral é o eixo orientador desta reflexão, e estará sempre relacionado à proposta de humanização da assistência.

Adotamos Mattos (2001:50), para quem uma "boa prática de cuidados em saúde", envolve um "uso prudente dos conhecimentos sobre a doença, mas sobretudo um uso guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos os quais tratamos". Essa perspectiva aponta para um tipo de atendimento no qual a interdisciplinaridade permite que diferentes saberes estejam disponíveis para o atendimento do sujeito que sofre, evitando, assim, reducionismos de suas demandas.

Para Cecílio (2001), o conceito de "necessidades de saúde" deve ser estruturante na luta pela integralidade e pela eqüidade na atenção em saúde. Tomamos como horizonte o seu debate crítico sobre aquilo em que consistem e o modo como são identificadas tais necessidades, que se ligam intrinsecamente a uma dimensão histórica (um certo nível de consciência social dos sujeitos) e às manifestações das demandas de cada indivíduo. O autor identifica quatro conjuntos de necessidades: o mais amplo seria o

que encerra a necessidade de "boas condições de vida", o qual se articula com o campo de atuação das políticas públicas; a necessidade de tecnologias (duras, leves-duras e leves) para melhorar e prolongar a vida; a necessidade de criação de vínculos afetivos entre profissionais e usuários; a necessidade de graus crescentes de autonomia no seu modo de gerir a própria vida. Cecílio (2001) defende uma "integralidade focalizada", que envolva a melhor escuta das necessidades do usuário, calcada em processos de conversação e comunicação.

O vínculo dessas orientações de Mattos (2001) e Cecílio (2001) com o que se denomina "humanização da assistência" é bastante estreito. A definição do que seja humanização é polissêmica e polêmica em alguns de seus vieses humanistas. Mas há consenso em indicar como suas práticas as iniciativas que entendem e valorizam a excelência na qualidade de cuidado do ponto de vista técnico, nos aspectos que dizem respeito à (inter)subjetividade do usuário e do profissional, a suas referências culturais (condensada no debate sobre alteridade) e ao seu direito à saúde (Deslandes, 2004). Tal discussão alcançou cunho oficial no ano de 2000, com a regulamentação, pelo Ministério da Saúde, do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Essa proposta visa à formulação de uma nova cultura institucional, com instauração de novos padrões de relacionamento ético entre usuários, técnicos e gestores com vistas à melhoria na qualidade da assistência (Brasil, 2000).

Em 2004, após reformulações críticas de suas estratégias, o programa passou a ser uma política nacional, em que a humanização se apresenta como uma política transversal, que deve estar presente em qualquer ato em saúde, envolvendo, entre outros fatores, a comunicação entre usuários, seus familiares e profissionais; o fomento à autonomia dos sujeitos; a gestão participativa e comprometida com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento; a identificação das necessidades de saúde.

É exatamente esta a forma como pretendemos abordar, aqui, o cuidado que consideramos como humanizado: uma relação atenta à inclusão da subjetividade do usuário, aliada ao atendimento das necessidades amplas de tecnologia. Sabemos que as relações entre usuários

e profissionais estão longe de se configurar como um campo neutro de discussão e de decisões. Isso se deve especialmente à existência de relações de poder assimétricas e historicamente consolidadas no exercício dos cuidados, na saúde. Mas não podemos esquecer que são justamente essas relações as desencadeadoras de possíveis melhorias na qualidade dos serviços de saúde. Como conseqüência dessa relação, será possível que os profissionais da saúde incorporem ao seu *know-how* clínico a sensibilidade para reconhecer outras necessidades de seu paciente (afetivas, culturais, de gênero, entre outras). Ao mesmo tempo, o paciente/familiar deverá estar atento à dinâmica institucional, às sugestões da equipe, para que juntos alcancem o objetivo maior de seu encontro – o resgate ou a manutenção da saúde. Isso inclui a partilha de saberes com um imenso respeito à capacidade dos usuários de decidir e de co-gerir sua doença, tratamento e recuperação, com o auxílio das informações e orientações da equipe.

Sabe-se que no campo das práticas institucionais de humanização da assistência algumas iniciativas já vêm sendo bem difundidas no âmbito do SUS. Programas de humanização do parto têm sido desenvolvidos, assim como programas de humanização das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais. O Programa de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru vem se destacando nesta área, havendo uma considerável literatura disponível sobre o assunto (Lamy, 2003; Gomes, 2004). Já em relação às UTIs Neonatais Cirúrgicas, as discussões e, especialmente, a implementação de práticas voltadas para a humanização, são ainda incipientes. O discurso comum na tentativa de justificar esse fato envolve a compreensão de uma especificidade e complexidade dessas unidades, onde o permanente nível de tensão dificulta o estabelecimento de mudanças nessa direção. A escassez de literatura acerca da questão revela, talvez, o quanto essas unidades têm sido pouco valorizadas como espaços onde a humanização da assistência se faz necessária, ou talvez sinalizem o grau de dificuldade que pode ser encontrado quando se propõem mudanças em um espaço onde o risco permanente pode acabar por gerar atitudes conservadoras, orientadas pela idéia de "não mexer no que vai funcionando bem" (ainda que prioritariamente sob o enfoque técnico).

Metodologia

A pesquisa que deu origem a este texto parte de uma abordagem qualitativa, mostrando um interesse pelo significado e pela intencionalidade atribuídos "aos atos, às relações e às estruturas sociais" (Minayo, 1992), visando a uma compreensão mais ampla da realidade estudada. Foi realizada no espaço de uma UTI Neonatal Cirúrgica de um hospital materno-infantil de referência, a qual comporta um máximo de oito leitos para o atendimento à sua clientela. Atende a uma população de bebês pré-termo e a termo, com quadros de malformações congênitas e outras patologias, cuja necessidade de intervenção cirúrgica ocorre, em geral, imediatamente após o nascimento e envolve situações de risco. A equipe de saúde se caracteriza por uma alta especialização, sendo muito solicitada tanto em termos de habilidade técnica quanto em prontidão para atender às urgências do setor.

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais da saúde envolvidos nos cuidados diretos desses bebês, e a técnica de coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada (Minayo, 1992), enfocando a relação dos profissionais com os bebês e seus familiares. Foram entrevistados nove profissionais da saúde, todos do sexo feminino, sendo duas médicas pediatras, uma médica residente de cirurgia pediátrica, três enfermeiras, uma enfermeira residente e duas técnicas de enfermagem. Para garantir o anonimato, os nomes foram substituídos da seguinte forma: os nomes iniciados com a letra M correspondem às médicas, com a letra E às enfermeiras e com a letra T às técnicas de enfermagem.

A análise dos dados percorreu as etapas preconizadas pela técnica da Análise de Conteúdo (AC) (Gomes, 2001): a) pré-análise (leitura flutuante das entrevistas, buscando mapear os sentidos atribuídos pelos sujeitos às perguntas feitas); b) análise dos sentidos expressos e latentes (com a finalidade de identificar 'núcleos de sentidos', ou seja, eixos em torno dos quais as idéias gravitam); c) elaboração de temáticas que sintetizem as falas acerca do objeto de estudo e d) análise final (discussão das temáticas). Optou-se por não analisar estatisticamente o material, conforme preconiza originariamente a AC, mas por trabalhar hermeneuticamente o conjunto dos conteúdos e enunciados.

Procurou-se, assim, descobrir o "que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado" (Gomes, 2001:74).

A Ambigüidade entre Discurso e Prática

No que se refere às questões que perpassam a humanização, as falas dos entrevistados nos remeteram a uma ambigüidade entre o discurso dos profissionais e a sua prática cotidiana. Neste ponto importa destacar que o espaço-ambiente da UTI Neonatal Cirúrgica compõe um cenário muito particular de sofrimento psíquico e desgaste para o profissional que ali trabalha, o que acarreta uma série de obstáculos e desafios para a promoção do cuidado dos bebês internados.

Em relação ao trabalho em UTI, diversos estudos o têm revelado como um dos ambientes mais tensos e agressivos do hospital, não só para os pacientes, mas também para a equipe que lá atua (Vila & Rossi, 2002). Especificamente em relação ao trabalho na UTINC, entre os fatores identificados como causadores de sofrimento estão a complexidade e gravidade das patologias, a falta de tempo e de pessoal para a realização do trabalho, o excesso de crianças internadas, o espaço pequeno e os ruídos permanentes causados pelos equipamentos e pela própria equipe. Pela especialização do setor, esses são profissionais que operam no limite do conhecimento disponível, num contexto em que questões de vida e morte se impõem, colocando-os numa situação de extrema responsabilidade, tendo que lidar, inclusive, com o próprio medo de trabalhar nesse limite.

Assim, ainda que para os bebês e seus acompanhantes a UTINC seja "um mal necessário", devido aos bons resultados que as cirurgias costumam apresentar apesar do estresse provocado, o que se destaca é a dificuldade de se empreender um atendimento mais integral dentro de um espaço onde a tecnologia dura se impõe, com a sombra da morte sempre presente. Nesse aspecto, sair do discurso sobre a necessidade de implementação de um cuidado humanizado para a sua prática parece significar alterar um processo de trabalho que, com todas as dificuldades existentes, funciona de um modo ao qual os profissionais estão habituados. Mudanças na produção de cuidado, em situações extremas como essas, costumam gerar muita

angústia, particularmente em um cenário no qual os profissionais se vêem diante de escolhas dramáticas, lidando no limiar entre vida e morte.

Na temática mais ampla que revela um contraste entre discurso e prática, identificamos subtemáticas relacionadas com os aspectos investigados, que apresentamos a seguir.

Os bebês internados: ocupar-se da patologia e/ou cuidar do bebê

Em seu relacionamento com os bebês, os profissionais apresentam uma oscilação entre ter que dar conta de todos os procedimentos técnicos e incluir no atendimento uma abordagem humanizada da criança. Parece haver dificuldade em compreender a integração que tal forma de cuidar pressupõe, originando uma idéia de separação entre ocupar-se da doença, realizar os procedimentos corporais e oferecer atenção ao bebê.

Embora o discurso indique a relevância de se estar atento ao bebê como um ser humano que sofre e que tem necessidades relacionadas ao seu desenvolvimento, que não necessariamente coincidem com aquelas determinadas pela patologia e sua conseqüente cirurgia, no cotidiano a urgência da manutenção da vida se impõe, provocando uma atitude mais orientada por protocolos de rotina. Os profissionais falam de como esses bebês necessitam de uma atenção mais acolhedora e de como eles não conseguem atender a tais demandas. Observamos aqui uma idéia errônea em relação à humanização, pois esta não implica parar com os processos de intervenção médica e de enfermagem. Implica fazer diferente o que todo o dia se repete no ambiente intensivo.

> *Só que aqui é muita coisa (...) é muito corrido, é muita coisa para fazer em pouco tempo. Então, o que eu sinto falta é de ter mais tempo para me ocupar mesmo com os bebês (...), às vezes manipular eles de uma forma que (...) você não esteja só manipulando a criança, mas dando um pouco de carinho, um pouco de contato humano, que eu acho que é muito importante.* (Mirna)

Essas falas demonstram o quanto os profissionais percebem o sofrimento das crianças e avaliam a repercussão da intrusão do ponto de vista somático. O que lhes é difícil entender é que, ao pensarem sobre a necessidade de conversar mais com os bebês, oferecer-lhes um pouco de carinho e de contato humano, estão engajados num processo de humanização. O fato de não terem essa orientação faz com que os profissionais sintam angústia, principalmente quando executam procedimentos invasivos e dolorosos como, por exemplo, a punção venosa.

Nessa linha de raciocínio, a habilidade e a destreza do profissional na realização de procedimentos técnicos são valorizadas como as características mais relevantes para se diminuir a dor da criança. Logo, como afirmam algumas entrevistadas, o que minimizaria o desconforto da criança numa situação invasiva seria "a habilidade de quem está fazendo" (Érica), "dependendo da destreza de cada um" (Eunice). Para o bebê, sem dúvida, a destreza e a maior habilidade de alguns profissionais lhe permitem alguns momentos de sono a mais, poder ficar quieto, relaxado na incubadora, sem se ver manipulado tantas vezes sem um resultado eficaz para a punção ou mesmo para a coleta de sangue rotineira.

> *Tubo traqueal (...) é um momento muito desconfortável para o bebê, ele demonstra isso, às vezes ele tá até sedado, mas o rostinho dele mostra a angústia pra gente, então pra mim é difícil esse momento. Então a gente tenta também nesse momento estar falando com o bebê, a mão livre que a gente tem a gente tenta passar a mão na cabecinha dele; eu sinto que a fronte do bebê fica toda franzida sabe, então a gente tenta ir passando o dedo, ir acalmando, conversando, porque é o momento que ele tá sem ar, a gente tá aspirando e tirando o ar dele. Então é um momento muito difícil pra gente que tem consciência do que tá fazendo, eu acho que muitas pessoas aspiram o bebê sem pensar muito nisso, pra mim é uma coisa que incomoda.* (Élida)

> *Às vezes ela tá dormindo aí você pega e fala: 'ah, ela tá calma, agora que é hora de puncionar', mas na verdade não é, porque ela tá dormindo e você vai lá e fura, não é legal. Eu acho muito difícil, você pegar, chegar numa criança e furar uma criança.* (Eleonora)

Outro mecanismo para lidar com a angústia aparece no enfoque dado ao investimento pessoal e na valorização do fato de estar ajudando o bebê em sua recuperação. O resultado positivo da cirurgia e de todo atendimento assume um lugar de referência primeira, ajudando o profissional a se relacionar com bebês em estado grave. A gratificação experimentada nesses casos se relaciona com a possibilidade de terem uma atitude de reflexão quanto ao tipo de trabalho por eles executado, isto é, de atribuírem a ele um valor que os recompense diante de tantas condições de tensão e desgaste. Assim, uma reflexão em relação ao trabalho executado e sobre o que a internação pode vir a significar para o bebê pode originar uma atitude dupla na equipe: por um lado uma postura de evitação defensiva, pela necessidade de procedimentos invasivos, e por outro uma atitude de aproximação, especialmente nos casos de sucesso, sustentada pela grandeza de um trabalho bem-feito, apesar de se tratar de algo potencialmente traumático para os bebês. Ao se verem questionados quanto às questões de humanização, como no presente trabalho, os profissionais visitam seus registros em relação aos manuseios de tantos bebês, sendo que provavelmente virão à tona àqueles mais dolorosos e mais difíceis. Assim, deixam de lembrar que a entrega que a família faz, de um bebê, para ser cuidado cirurgicamente, pressupõe tanto uma conhecida indicação terapêutica quanto a sobrevivência do recém-nascido ou uma tentativa de melhora em sua qualidade de vida.

> *O que eu sinto falta é de (...) olhar, fazer carinho (...). Mas eu acho muito legal, eu acho muito gratificante quando você consegue parar para poder sentir o que aquilo significa.* (Mirna)

Ainda que não haja um protocolo sistematizado, várias tentativas de minimizar o sofrimento da criança são experimentadas, mesmo que dependam do interesse de alguns profissionais e/ou equipes. Assim, são realizadas tentativas de alterações no processo de trabalho de modo a contemplar essas propostas, como a utilização de dois profissionais no momento da punção, de modo que enquanto um punciona o bebê o outro o segura no colo, buscando acolhê-lo e consolá-lo.

> *Então, hoje mesmo a gente estava conversando que seria interessante se a gente pegasse no colo a criança, e puncionasse a criança no colo. A gente estava até querendo fazer isso, porque hoje a gente tentou puncionar todas as crianças, todas as crianças que a gente puncionou com elas no colo elas não choraram, então isso foi muito legal (...), acaba que não fica tão estressante, nem para a gente nem para o bebê.* (Eleonora)

Por seu lado, Cecílio e Merhy (2003) discutem a questão do cuidado como a síntese dinâmica de um grande número de cuidados parciais. Em termos de micropolítica do trabalho, uma negociação entre os diversos cuidadores de forma mais ou menos consciente que vise a uma maior orquestração entre os diversos profissionais envolvidos no cuidado, para que haja uma atuação mais solidária, promove um cuidado mais integral e efetivo. Ao mesmo tempo, oferece à equipe uma experiência de integração, fundamental para a percepção da humanização, em seu próprio grupo de trabalho.

A especificidade do atendimento também aparece como um importante componente que marca a relação do profissional com o bebê. O fato de serem bebês, por vezes prematuros, e com malformações que requerem procedimentos cirúrgicos, torna-os mais vulneráveis, deixando-os privados de contato físico. Tocar o bebê, em determinadas situações, acaba por assumir o estatuto de procedimento de risco, gerando mais contradições entre a importância do acolhimento e do toque e a necessidade de se manter estritamente dentro dos protocolos para evitar qualquer outro dano maior. Levando-se esta leitura a um extremo, é como se a proposta de humanizar, aumentando o contato relacional com a criança, contivesse em si, paradoxalmente, o risco de provocar o fim da própria vida.

> *Então são crianças muito trabalhosas, então vários procedimentos que em uma UTI Neonatal normal você teria que fazer e seria mais fácil, num bebê desse seria mais difícil, até a questão do toque, que é importante, às vezes num bebê desse não pode ser em dados momentos. Porque se você pegar e a criança chorar pode degringolar essa parte cirúrgica. Tem muito mais limitações do que um prematurinho, que tá entubado, mas tá ali ganhando peso,*

entendeu? Então a gente lida com muito mais dificuldades para essas coisas que são boas para o recém-nascido. (Marina)

Além disso, a aparência dos bebês numa UTI Neonatal Cirúrgica é um outro elemento que pode causar ainda mais afastamento por parte dos profissionais que deles cuidam, e também dos próprios pais. As freqüentes malformações aumentam as dificuldades, pois, como afirma uma entrevistada,

por mais experiência que você tenha, você ver um neném com a barriga aberta, com intestino, estômago, até trompa e ovário eu já vi do lado de fora; você está acostumada, mas é um negócio que te choca [dando uma sensação de] não diria nojo, mas dá um nervoso, medo de pegar. (Érica)

Os sentimentos contraditórios, os próprios questionamentos pessoais quanto a aspectos éticos, morais, fazem surgir conflitos refletidos nas falas de alguns entrevistados de forma mais contundente. O desejo de acolher as crianças e a urgência para a realização dos procedimentos técnicos parecem competir entre si e com a crença de suas limitações como profissionais.

Os acompanhantes na UTI Neonatal Cirúrgica: importante e incômoda presença

A presença dos pais na UTI Neonatal Cirúrgica, na investigação realizada, talvez seja o tema que melhor explore a ambigüidade entre o discurso e a prática dos profissionais. A literatura especializada ressalta a importância da presença dos pais (ou substitutos) para a construção do bebê do ponto de vista psíquico (Winnicott, 1988). No caso de bebês internados, isso tem importância ainda maior, já que experiências de continuidade são indispensáveis nesse momento evolutivo. Os dados que obtivemos neste estudo mostram que os profissionais são unânimes em reconhecer a importância da presença da mãe para o bebê internado. Entretanto, encontramos restrições impostas às mães no contato com seus filhos, assim como um certo desconforto pela sua permanente presença,

como se isso originasse um tipo de vigilância pouco desejado por alguns profissionais. Dessa forma, embora eles digam que há poucas situações em que a criança não pode ser manuseada pela mãe, acabam por enumerar diversos motivos que justifiquem tal conduta, sinalizando que a presença da mãe ainda é vista como um algo a mais que requer deles mais atenção e assistência.

Embora algumas falas contradigam essa postura, não colocando restrição alguma aos pais e valorizando ao extremo a presença e acompanhamento deles, muitas revelam que essa presença só é desejada nos momentos em que eles, profissionais, acreditam ser necessário. A efetiva participação dos pais acaba, então, sendo aceita como parte de um protocolo, e não como algo que faça parte da dinâmica do serviço.

> *Teoricamente você sabe que é importante, claro que isso é importante para a mãe e para a criança, tem estudos que dizem da melhora do recém-nascido quando tem o contato com a mãe. Agora, para nós que estamos trabalhando, claro que não todo o tempo, mas atrapalha as coisas práticas, você quer mexer e a mãe está do lado e fica vendo.* (Elaine)

> *Eu acho que a família é de extrema importância, mas eu acho que essa não é uma visão do corpo profissional como um todo, acho que isso é um discurso mais do que uma realidade.* (Élida)

Temos, então, que a presença dos pais torna-se constrangedora para a equipe. A parceria com a família ainda não foi incorporada como parte da rotina, mas sim como algo que acaba provocando incômodo, particularmente nos momentos em que é realizada a maior parte dos procedimentos técnicos. Indica, de forma mais abrangente, que a organização do trabalho e a postura individual de muitos profissionais não prevêem a presença dos pais no cotidiano da UTINC, reservando-lhes ainda o papel de visita. Ainda que não haja um impedimento oficial de as mães estarem com seus filhos em determinados momentos, ocorre um movimento da equipe que, certamente, é percebido pelos familiares, que acabam por evitar tais horários, sentindo-se pouco à vontade. As mães

que insistem em permanecer e acompanhar o que é feito com seus filhos são consideradas, por alguns dos entrevistados, invasivas e aquelas que atrapalham o serviço.

> *Eu acho superimportante [a presença das mães], só que, devido à nossa estrutura, às vezes a gente não pode dar atenção. Eu acho que falta organização da gente para receber a mãe adequadamente no horário, a gente até não limita a visita, mas na verdade a gente fica torcendo que ela chegue depois de uma certa hora, porque de manhã tem pesagem, às vezes uma punção de veia, às vezes é exame que tem que fazer.* (Marina)

> *Eu acho que realmente atrapalha, não pela presença deles em si, atrapalha porque a gente não pode dar atenção para eles. A gente pede que eles aguardem, pode até ficar olhando pelo vidro da porta (...), o espaço físico é muito pequeno, e acaba atrapalhando.* (Eleonora)

Algumas falas trataram da imensa dificuldade em aceitar a presença das mães nos períodos mais agudos da criança na UTINC, em função do alto nível de ansiedade gerado nessas circunstâncias. Apesar do conhecimento de que é nos momentos mais críticos que o bebê mais precisa da presença e do contato com a mãe, ou outro familiar, ao não conseguirem lidar com a ansiedade das famílias, ao mesmo tempo que realizam intervenções extremamente invasivas com os bebês, os profissionais tendem a evitá-las, talvez com o objetivo de não se sentirem tão abalados. Ou seja, maior participação dos pais em momentos de procedimentos mais invasivos e dolorosos para a criança é defendida por poucos profissionais. Deparamo-nos, assim, com um discurso que visa a garantir aos pais a escolha de permanecerem ou não com seus filhos durante esses procedimentos. Essa conduta implicaria alguns desdobramentos, como, por exemplo, a necessidade de explicar aos pais o procedimento, como ele se dá e o que pode ocorrer.

> *Acho, sim, que tem que ser oferecida à família, em alguns momentos de procedimentos que são angustiantes e dolorosos, a opção de estar ou não, que é o que eu faço.* (Élida)

Afirmam que se sentem inibidos com a presença deles, por estarem realizando procedimentos dolorosos, ainda que necessários, revelando o mal-estar que os profissionais sentem nessas situações:

> *No caso de uma emergência, a gente pede para essa mãe sair para ela não ver, porque ela vai pensar: 'já fizeram um dia isso com meu filho', fica constrangedor a mãe ver um procedimento às vezes muito pesado.* (Tatiana)

O que devemos lembrar, sem dúvida, é que alguns desses momentos são realmente muito tensos. Exigem um vai-e-vem de profissionais, uma rapidez de movimentos, um excesso de mãos sobre o corpo do bebê, uso maciço de drogas, na tentativa de reverter alguma intercorrência ou oferecer a permanência da vida. Sem dúvida, é muito difícil para qualquer médico ou pessoal da enfermagem envolvido nesse momento com o bebê acolher, junto com ele, a família. Pensamos, entretanto, que existem situações em que tais procedimentos não serão indicados, pela impossibilidade de que os objetivos de seu uso sejam alcançados. É quando a presença familiar não pode ser postergada ou negada. A possibilidade do óbito eminente ou próximo exige que a equipe facilite a permanência da família junto ao seu bebê.

Um outro fator que compromete o acesso das mães aos bebês é o número reduzido de profissionais na unidade e a necessidade de atender às demandas específicas do setor, o que, muitas vezes, impossibilita o acompanhamento e a ajuda à mãe na aproximação e no contato com o seu bebê, quando este se encontra em situação de maior gravidade.

> *A equipe é muito pequena, e para você colocar no colo da mãe você tem que estar num clima de certa vigilância, se ele estiver em prótese respiratória, se ele estiver no cateter, sonda, com os drenos e tal, tem que estar muito atento.* (Élida)

Os profissionais ressaltam a importância de uma equipe multidisciplinar para que houvesse, nesses momentos, um profissional que pudesse dar suporte aos pais, visto que, para quem está realizando o procedimento, torna-se difícil dar atenção ao bebê e aos pais, simultaneamente. Essa fala novamente nos remete ao fato de que eles

próprios pensam em alternativas para o atendimento no setor. Entretanto, possivelmente pelas posturas divergentes, pela dinâmica do trabalho e por questões institucionais – como falta de pessoal –, tais idéias não são verdadeiramente implementadas.

Em relação às restrições à manipulação do bebê por parte dos pais, as entrevistadas afirmam que são situações pontuais e raras, especialmente nos casos de grande instabilidade clínica. Os profissionais sempre ressaltam a importância do toque das mães em seus bebês, mas enumeram situações de risco, mais uma vez mostrando quão tênue parece ser a linha divisória entre vida e morte na UTINC.

> *Essa criança que a gente chama de criança lábil é aquela criança em que você encosta a mão e ela descompensa completamente; isso aí para a criança, ainda mais quando é prematuro ao extremo, é um estresse muito grande, mais do que ele agüenta. Por mais que tenha a parte positiva de você ter um contato, às vezes não vale a pena.* (Mirna)

A valorização e incentivo do contato corporal mãe-bebê deve ser vista de forma cuidadosa dentro do espaço de uma UTINC. Para bebês prematuros e/ou extremamente lábeis do ponto de vista fisiológico, esse contato deve ser feito com cuidado, para que não seja excessivo e pouco agradável (Moreira et al., 2003). Em bebês cirúrgicos acrescenta-se, ainda, o maior risco de infecção hospitalar em função da própria incisão cirúrgica e a preocupação com a manutenção dos aparelhos e drenos no período pós-operatório.

Sobre a necessidade de contato com o bebê e as limitações impostas pela sua condição clínica quando internados em uma UTINC, podemos lembrar Dolto (1992) ao abordar a relevância de que haja um espaço em torno da criança no qual ela se sinta reassegurada. Para essa autora, o espaço de segurança auditivo do bebê é maior do que o visual e o tátil, de modo que lhe é possível constituir sua subjetividade e se organizar a partir da voz da mãe, a qual funciona como um organizador psíquico. Dessa forma, a sonoridade da voz materna é a garantia do encontro que ele espera, o que reforça o lugar prioritário que podemos dar à fala, particularmente nas situações em que o contato corporal é mais restrito, como nas

internações em uma UTINC. Dolto (1999) ressalta ainda que a comunicação interpsíquica produz efeitos no bebê e em seu meio (pais, irmãos etc.) desde a vida fetal, mas, principalmente, após o nascimento. Somos seres de linguagem inscritos numa cultura; assim, para que o bebê possa tornar-se humano, faz-se necessário que lhe sejam dirigidas palavras carregadas de simbolismos próprios à nossa cultura. Se entendermos a relação mãe (ou substituto)-bebê como fundamental à constituição do sujeito, entendemos que se estabelece um tipo de comunicação em que o bebê sente e percebe o estado de sua mãe e a ele responde de acordo com suas possibilidades de desenvolvimento. Por isso, Dolto (1999) defende a idéia de que se fale para a mãe e para o bebê sobre as dificuldades que ambos estão atravessando. Essa fala pode auxiliar a mãe, e conseqüentemente o bebê, a não ficar aprisionada nesse entrave, ajudando-a a elaborar o que está acontecendo e fortalecendo sua relação com o filho.

Vemos, então, que o contato com o bebê deve ser estabelecido também por meio da fala. Se o contato físico se encontra restrito, a comunicação verbal, como vimos, é uma forma que possui um valor tão bom para acolher e sustentar o bebê em seu sofrimento quanto o do toque físico.

A voz da mãe é fundamental, mas também a dos profissionais. Assim, conversar com a criança deve ser entendido como um meio para humanizá-la, que pode ser estimulado no espaço de uma UTINC, principalmente nos momentos mais difíceis para o bebê e também para seus pais e profissionais. Ao mesmo tempo, quando um médico ou uma enfermeira conversa com um bebê, na presença dos pais, lhes assegura o valor desta forma de comunicação e sugere um nível de competência do bebê, pois lhe atribui a capacidade de compreensão.

A questão do receio em relação ao contato físico também aparece quando alguns profissionais sinalizam as dificuldades dos pais em se aproximarem de seus filhos, ao mencionarem o medo das mães de tocá-los. A complexidade dos cuidados na UTINC, a quantidade de aparatos técnicos que envolvem o bebê e a sua instabilidade clínica são vistas pelos profissionais como os principais motivos para os pais terem dificuldade em lidar com seus filhos, ao menos em um primeiro momento. Após esse

início, eles tendem a afirmar que vão se adaptando à situação, mesmo sendo difícil aceitá-la, e começam a ganhar confiança para tocá-los. Ainda assim, a situação é muito delicada, inclusive porque algumas mães vêem seus filhos pela primeira vez dentro da UTINC. Tais aspectos exigem mais dedicação da equipe na abordagem dos pais. Incentivar a mãe a conversar com o seu bebê seria uma forma de estimular o vínculo, de modo que a mãe possa ganhar confiança e chegar a tocar e manusear seu filho, sentindo-se mais segura. No entanto, isso deve ser feito respeitando-se o tempo de cada mãe, de cada pai na aproximação com esse bebê que lhe é estranho e diferente do imaginado.

A gravidade do estado das crianças também funciona como um termômetro para a presença dos pais e seu interesse em aprender a lidar com seus filhos. Tal fato, provavelmente, indica uma atitude de defesa, por não quererem criar vínculos mais fortes quando imaginam que o bebê não sobreviverá. Mais uma vez, o modo como o profissional lida com essa situação pode facilitar o contato dos pais com a criança e desmistificar crenças não condizentes com a realidade.

> *A gente percebe que quando os bebês são mais graves, elas [as mães] se ausentam; quando vão melhorando um pouquinho, que elas vão acreditando na viabilidade, elas se aproximam mais.* (Élida)

> *Nós podemos explicar que o prematuro consegue sobreviver mesmo com todas essas gravidades, chegar a uma idade madura, [que] não é por causa disso que ele não vai viver.* (Taíssa)

Observamos que, ainda que não seja o discurso preponderante, há falas que indicam uma outra perspectiva, apresentando soluções para a inclusão dos pais, ao salientarem o quanto eles poderiam auxiliar na rotina e o fato de que esta seria uma ótima forma de prepará-los para a alta da criança. A alta costuma ser apresentada como um momento difícil, pois os pais têm medo de levar seus filhos para casa e assumir a responsabilidade de cuidar deles após os agravos vivenciados. Dessa forma, uma maior inserção os ajudaria a se familiarizar com os procedimentos e com o modo de lidar com a criança, fortalecendo o vínculo entre eles.

> *Então eu acho que esses momentos do banho do bebê, a própria troca da fralda, a alimentação do bebê quando ele está alimentando, acho que é muita coisa que a mãe pode estar fazendo, e ela tocando, sentindo que é importante ali ela já ir estabelecendo um vínculo com o bebê (...) Então ela [a mãe] vem como visita na realidade, e quando a criança vai ter alta a gente liga e ela vem, e aí é uma complicação porque além de não ter ainda conseguido estabelecer aquele vínculo com o bebê, na maioria das vezes ela tem que ter um cuidado especial com aquela criança, que ela vai aprender naquela hora.* (Élida)

Na fala das entrevistadas verifica-se que a responsabilidade de ensinar aos pais sobre o cuidado com seus filhos é atribuída às enfermeiras. Cabe a elas explicar-lhes como lidar com as crianças, facilitando essa aproximação. Já a atribuição de explicar a patologia e a cirurgia é dos médicos, particularmente dos cirurgiões. Mas no dia-a-dia nem tudo sai como previsto, pois o modo como se dá essa comunicação depende do profissional que está presente durante a visita dos pais e a quem eles se dirigem.

Percebe-se que há uma preocupação da equipe em preparar os pais e em aproximá-los das crianças, tarefa muitas vezes difícil devido à especificidade do cuidado que os bebês requerem. Entretanto, na prática, tais tentativas de aproximação acabam, por vezes, se dando de forma pontual, como cumpridoras de um protocolo técnico. Na perspectiva de um cuidado integral, este é um ponto de extrema importância, uma vez que não se trata apenas de transmitir informações. O estabelecimento de um diálogo é um momento precioso da relação com os familiares, é ele que demarcará a diferença entre a efetivação de um cuidado integral ou um mero cumprimento formal de protocolo. "O cuidado só é possível se há condições para a concretização de um diálogo" (Guizardi & Pinheiro, 2004:45).

Isso nos remete às dificuldades que os trabalhadores da saúde têm de ouvir as demandas dos pacientes. Se esta ainda é a causa de inúmeros insucessos na relação entre profissionais e usuários, cabe discutirmos a premência de que a capacidade de escuta do profissional seja ampliada. Para tal, como afirmam alguns autores, deveria ser incorporado instrumental oriundo de outras disciplinas capazes de contribuir para uma

reestruturação da clínica numa perspectiva mais humanizada (Campos apud Silva Jr., Merhy & Carvalho, 2003).

Quanto às orientações dadas aos pais, o modo como elas são transmitidas depende, geralmente, dos profissionais que estão no plantão, indicando que os procedimentos que de alguma forma se relacionam com a humanização do atendimento encontram-se ainda atrelados à percepção subjetiva de cada profissional. Logo, ele se apresenta como dependente de ações individuais, originadas das percepções subjetivas de cada profissional, com muito pouca organização ou planejamento da unidade. Além disso, se falamos de subjetividade, é preciso não esquecer que os profissionais trazem para a prática clínica suas crenças e valores pessoais e profissionais sobre família e doença, crenças que influenciam o seu modo de ver e de lidar no cuidado com as famílias e bebês internados (Pauli & Bousso, 2003). Como atestam Traverso-Yépez & Morais (2004:86), a humanização está relacionada "às concepções e aos valores que cada profissional tem a respeito da participação do paciente nos cuidados com a saúde, assim como do seu papel de profissional compromissado com as mudanças necessárias nesse campo".

Mas, com todos os conflitos apresentados, parece-nos importante salientar a presença de um discurso que valoriza a presença das mães, inclusive reconhecendo que o cuidado que elas têm com seus bebês é de outra ordem e fundamental para eles. Algumas entrevistadas também devolvem às mães o seu saber a respeito de seus próprios filhos, ao falarem que, muitas vezes, elas percebem melhor o que está se passando com a criança, podendo, assim, colaborar com o serviço. A questão que se coloca é que esta não é uma leitura de toda a equipe. Outro fato valorizado diz respeito à amamentação, pois quando os bebês podem se alimentar, há um grande incentivo para que as mães os amamentem. Trata-se de um momento no qual a presença da mãe é muito estimulada.

> *Eu acho que a criança até melhora o quadro, porque ela fica dentro de uma cúpula, uma luz ligada 24 horas em cima, não dorme direito porque de três em três horas a gente tem que ficar mexendo. Acho que a mãe vindo, fazendo um carinho, mesmo que não possa*

pegar no colo, mas passando a mão, conversando, acho que a criança vai ver, ela vai percebendo a diferença de uma pessoa que vem de três em três horas, de um carinho da mãe, da conversa da mãe. (Tatiana)

Conclusões

A ambigüidade observada nos profissionais, no que tange ao discurso e às práticas em relação à inclusão do cuidado integral em seus atendimentos cotidianos, reflete o conflito que eles vivem e a necessidade que têm de uma avaliação mais adequada de muitas de suas intervenções, que não vêm sendo devidamente valorizadas. A gravidade dos bebês e o certo grau de imprevisibilidade de suas evoluções aparecem como fatores de permanente tensão para o profissional da saúde, que se vê dividido entre o reconhecimento da necessidade de promover certas mudanças visando a um cuidado mais integral e o temor de romper com a lógica organizacional do serviço vigente/patamar de conhecimentos. Mas, de modo geral, são profissionais sensíveis às questões de humanização e que as respeitam, embora não consigam reconhecer os passos que de forma incipiente muitas vezes vêm dando, entre o discurso de reconhecimento e a sua efetivação no dia-a-dia, o que acaba por lhes causar mais sofrimento. Parece-nos que, ao menos, dois aspectos devem ser considerados para que avanços possam ocorrer.

Em primeiro lugar, ressaltamos a necessidade de mudanças institucionais para a realização de um serviço mais humanizado, as quais dependem de um investimento tanto por parte dos profissionais quanto dos gestores. É claro que atitudes isoladas e dependentes de cada profissional não são suficientes para dar conta do problema, podendo mesmo ser um reflexo do pouco estímulo que recebem da instituição. Mas se a essas atitudes são aliadas condições de trabalho adequadas e um incentivo no sentido do cuidado integral, torna-se factível uma mudança institucional. Desse modo, a facilitação do trabalho desses profissionais deveria ser foco dos gestores, respaldando-os e implementando políticas que, de acordo com a demanda e expectativa dos que lidam com a UTINC cotidianamente,

pudessem reestruturar o trabalho de modo a contemplar propostas de humanização. Tais mudanças passam por questões organizacionais básicas, como carga horária, mudanças no espaço físico, número de pessoal no atendimento e capacitação. Uma mudança na cultura institucional requer interesse e disponibilidade dos profissionais, assim como efetivo respaldo e incentivo dos gestores, de modo que cada profissional se sinta engajado e comprometido e, acima de tudo, apoiado. Este ponto é de fundamental relevância para a humanização de uma UTINC, devido à complexidade e a situações de gravidade presentes no setor.

Outro ponto a ser discutido diz respeito, mais especificamente, ao manuseio e ao contato com os bebês, por parte dos pais e da equipe. Parece-nos importante dar um passo adiante na discussão acerca da necessidade de contato que as crianças possuem. Trata-se de um fato inegável, já amplamente discutido e um consenso entre os autores, ainda que com algumas ressalvas no que diz respeito ao contato físico, como já mencionado. Entretanto, é preciso ressaltar que contato não se restringe a contato físico, visto ser possível 'tocar' com a palavra. Considerando que o contato físico pode ser excessivo e estressante para o bebê prematuro ou para aquele com patologias que tornam seu estado geral delicado, deve-se também levar em conta que a comunicação, fundamental a um cuidado integral, diz respeito a trocas simbólicas efetuadas entre seres que se encontram inscritos na cultura e dela compartilham. Desse modo, a comunicação com a criança internada ou com seus pais pode se estabelecer de diversas formas, desde que numa postura de acolhimento. O acolhimento se revela muito mais como uma atitude de aceitação do outro do que como um manejo técnico em si. Conversar com o bebê, com os pais e estimular que estes conversem com seus filhos significa fornecer meios para que vínculos mais fortes sejam estabelecidos, ou seja, para que haja um contato capaz de humanizar o próprio bebê e, de forma mais ampliada, todo o processo de assistência.

Acreditamos que esses são caminhos para o estabelecimento de um cuidado integral nas UTINCs, os quais indicam possibilidades de se lidar com esse espaço de fronteira, sem minimizar sua complexidade mas, por

meio de uma escuta de sua especificidade, propondo alternativas para uma assistência mais humanizada para pacientes, familiares e profissionais.

Referências Bibliográficas

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, 2000. (Mimeo.)

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2001.

CECÍLIO, L. C. O. & MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.* Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2003.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva* 9(1):7-13, 2004.

DOLTO, F. *A Imagem Inconsciente do Corpo*. São Paulo: Perspectiva, 1992.

DOLTO, F. *Tudo é Linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

GOMES, M. A. S. M. Organização da assistência perinatal no Brasil. In: MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. A. & CARVALHO, M. (Orgs.) *O Recém-Nascido de Alto Risco: teoria e prática do cuidar*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. (Criança, mulher e saúde)

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2001.

GUIZARDI, F. L. & PINHEIRO, R. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 2004.

LAMY, Z. L. Metodologia Canguru: facilitando o encontro entre o bebê e sua família na UTI neonatal. In: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. A. & MORSCH, D. S. (Orgs.) *Quando a Vida Começa Diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MATTOS, R. A. Os sentidos de integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2001.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1992.

MOREIRA, M. E. L. et al. Conhecendo uma UTI neonatal. In: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. (Orgs.) *Quando a Vida Começa Diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

PAULI, M. C. & BOUSSO, R. S. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3):280-286, 2003.

SILVA JR., A. G.; MERHY, E. E. & CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2003.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. & MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1):80-88, 2004.

VILA, V. S. C. & ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(2):137-144, 2002.

WINNICOTT, D. W. *Textos Selecionados: da pediatria à psicanálise*. 3. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

11 O Brincar no Processo de Humanização da Produção de Cuidados Pediátricos

Rosa Maria de Araújo Mitre

A atenção à saúde da criança configura-se como um campo interdisciplinar. Entre as diversas estratégias utilizadas nas ações que envolvem o encontro de diferentes saberes, pode-se situar o brincar. Ele deve ser visto não apenas na perspectiva de recreação, mas como recurso terapêutico, que promove, além da continuidade do desenvolvimento infantil, a possibilidade de elaboração de experiências, funcionando como uma linguagem não-verbal de domínio da criança.

Considerando que a produção de saúde é um processo que envolve a participação ativa do usuário, é necessário que se dê 'voz' à criança. E o brincar pode ser considerado como importante agente na produção de cuidados pediátricos, especialmente durante um período de hospitalização.

No Brasil, segundo o Datasus (2005), a internação pediátrica responde por cerca de 15% do número de internações hospitalares. Isso significa que, a cada ano, mais de um milhão e meio de crianças passam pela experiência de serem hospitalizadas. O impacto que essa experiência pode provocar na vida dessas crianças é uma questão que deve estar presente nas ações em saúde da criança, uma vez que a hospitalização na infância é considerada como um evento potencialmente traumático (Santa Roza, 1997).

Humanização e Infância

Na busca da melhoria nos serviços e ações em saúde, foi intensificada nos últimos anos a discussão sobre humanização. Para que princípios como eqüidade, integralidade e participação social do usuário, entre outros, possam se efetivar, é necessário que se revejam as práticas em saúde, reconhecendo-se que o direito à saúde é uma questão de cidadania (Brasil, 2003). Nesse sentido, foi criado no Brasil o Programa Nacional de Humanização Hospitalar (PNHAH) (Brasil, 2000), que foi depois substituído pela Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2003).

Apesar de o próprio conceito ainda necessitar de uma definição mais objetiva e uma maior fundamentação teórica, pois sua abrangência e sua aplicabilidade não se encontram ainda devidamente demarcadas (Deslandes, 2004), a humanização na ótica desses documentos pressupõe, entre outros requisitos: o atendimento de boa qualidade, o respeito à singularidade e aos direitos dos usuários e uma melhora na relação entre profissionais da saúde e usuários.

Na área de cuidados pediátricos, isso significa reconhecer a criança como cidadão, portador de direitos, e promover condições para que ela seja participante no processo de produção de saúde. Na prática, entretanto, não é tão simples, inclusive pelo próprio conceito que se tem de infância.

O termo 'infante', de onde deriva a palavra 'infância', está vinculado à ausência de fala, à incapacidade de falar por si (Lajolo, 1997). Na sociedade ocidental contemporânea, a criança é, em geral, percebida numa perspectiva desenvolvimentista, como um sujeito com potencialidades a serem desenvolvidas. Nos termos dessa concepção, durante a infância faltam atributos que só se manifestariam na vida adulta. Tal perspectiva, muitas vezes, coloca a infância num lugar 'menor', em que a criança tem seus direitos reduzidos, pois como indivíduo ainda não desenvolveu plenamente suas capacidades (Castro, 2001).

Essa redução não se aplica apenas aos direitos políticos, mas ao próprio reconhecimento das especificidades que constituem a condição de ser criança. Assim, a criança, percebida como alguém que precisa ser cuidada

e protegida pelo adulto, seria incapaz de manifestar seus próprios desejos e sentimentos (Castro, 2001).

Portanto, é necessário muito cuidado para que na atenção à criança hospitalizada não se reproduza esse assujeitamento. Como a instituição hospitalar é regida por regras pautadas em disciplina, eficiência e hierarquização de saberes, produz rotinas em que os usuários encontram, em geral, pouco espaço para expressar sua singularidade e autonomia. Isso pode desencadear um processo despojador, no qual o indivíduo vai sendo gradativamente destituído de seus papéis sociais e acaba por se tornar um 'caso' (Foster & Anderson, 1978), passando muitas vezes a ser visto apenas como uma doença personificada, não como sujeito.

Essa situação é reforçada por um modelo de atendimento no qual, muitas vezes, espera-se da criança e de seus acompanhantes o completo conhecimento dessas rotinas e regras, além da habilidade para lidar com os dispositivos desse complexo território. Esquece-se que o que se constitui como rotina de trabalho para a equipe de saúde é um acontecimento especial e impactante para a criança e sua família. Portanto, os códigos e condutas hospitalares podem se apresentar como extremamente distantes de suas experiências de vida, vindo a gerar sentimentos de perplexidade e inadequação.

Para que esse panorama seja alterado, é preciso que nas interações entre profissionais e usuários seja reconhecida a humanidade do outro, ou seja, "sua capacidade de pensar, de interagir, de ter lógica e se manifestar e de expressar intencionalidade" (Minayo, 2004:19). O que significa também reconhecer as diferenças e peculiaridades e modificar modelos preconcebidos.

Para falar de uma atenção integral à saúde da criança, como promoção e produção de saúde e de uma humanização dessas práticas, a equipe de saúde precisa demonstrar percepção e sensibilidade em relação às condutas infantis, e não apenas às rotinas assistenciais (Ceccim, 1997). Assim, torna-se necessário repensar estratégias de intervenção que contemplem as necessidades da criança em sua complexidade, vendo-a não apenas como um corpo que precisa de cuidados.

A Hospitalização na Infância

A experiência da hospitalização traz consigo uma marca de ruptura com a vida cotidiana, acarretando uma série de alterações ao paciente e a sua família. O ingresso no hospital significa um abandono – mesmo que temporário – do ambiente familiar, ambiente que, a *priori*, dá segurança e sobre o qual é possível ter controle.

As rotinas mais simples, como se alimentar, tomar banho, dormir, brincar e ir à escola, sofrem modificações. Mudam-se horários, o sono às vezes é interrompido, a alimentação pode ser restrita ou suspensa em função do quadro clínico ou de procedimentos. Algumas crianças passam a utilizar fraldas, 'comadres' ou sondas. O banho às vezes tem de ser dado no leito, causando, principalmente em crianças maiores, desconforto e constrangimento.

Além disso, a criança é afastada de seu ambiente, seus familiares, amigos, brinquedos e escola, passando a conviver com pessoas e situações por vezes desconhecidas. É comum em enfermarias pediátricas que o ambiente físico seja repleto de estímulos estressores e pouco adequados à clientela infantil (Santa Roza, 1997). Aparelhos desconhecidos e barulhentos, a ausência de janelas ou iluminação natural, a presença constante de luz artificial compõem, em geral, um cenário de aspecto pouco acolhedor e com poucos elementos que lembrem que ali é um espaço para crianças.

Nesse ambiente estranho e de aparência pouco acolhedora, a criança passa a conviver intensamente com a vertente deficitária de seu próprio corpo e com situações novas e, por vezes, assustadoras (Santa Roza, 1997). Por situações novas entende-se tanto o ambiente quanto as regras hospitalares, as pessoas que fazem parte dessa nova rotina, as intervenções e o linguajar técnico dominante nesse espaço.

A atividade e a liberdade características da infância são substituídas pela passividade, deixando-se poucas opções para que a criança faça escolhas. Somam-se a isso a sensação de desconforto e a dor que podem acompanhar tanto determinados quadros clínicos quanto alguns procedimentos bastante corriqueiros no universo hospitalar, como, por exemplo, a punção venosa.

A criança, mesmo as maiores que já tenham o domínio da fala, nem sempre terá condições de verbalizar essas sensações. Em geral, ela não consegue compreender por que tem que ser submetida a essas experiências, o que pode desencadear fantasias de culpa e punição. A percepção sobre seu sofrimento, bem como o de sua família e de outras crianças, acaba por gerar ansiedade e angústia, além do medo do abandono e da morte (Santa Roza, 1997).

As representações que a população infantil tem sobre o universo hospitalar indicam que a primeira reação que, em geral, a criança costuma apresentar ao ser inserida nesse contexto é a de estranhamento. Tudo é impactante, do espaço físico ao domínio da cor branca (em geral usada nos uniformes das equipes de saúde), dos procedimentos aos termos técnicos utilizados. O hospital é percebido pela criança como um local associado à dor, ao castigo, a proibições e ao isolamento (Oliveira, 1993).

O período de internação pode tornar-se uma lacuna na vida dessas crianças, na qual tudo parece ficar entre parênteses. O que é familiar à criança fica tão distante, que algumas perdem seus referenciais de espaço e tempo.

Para a criança portadora de doença crônica esse quadro se potencializa, pois as internações podem ser prolongadas ou freqüentes. Algumas passam mais tempo no hospital do que em casa; esta passa a ser sua rotina de vida, e o hospital torna-se seu principal espaço social.

O tempo de internação é visto por Kudo e Pierri (1993) como um dos fatores que influenciam a maneira como a criança vai reagir à hospitalização. Os outros são o vínculo afetivo mãe-filho estabelecido antes da internação, a atitude da equipe hospitalar, a personalidade e a idade da criança.

No entanto, é importante ressaltar que cada criança é única e, portanto, esse tipo de critério não deve ser utilizado como regra. Não é pelo fato de a internação ser curta que a criança necessariamente a perceberá como menos traumática.

Isso se deve ao fato de que o adoecer é sempre uma experiência singular. Crianças com o mesmo diagnóstico, internadas no mesmo local se apropriam e vivem, juntamente com suas famílias, a experiência do

adoecimento de diferentes maneiras. O conceito de doença vai depender de um julgamento de valor do próprio paciente. É o indivíduo doente que vai dar significado à doença, em virtude das limitações ou alterações que esta lhe traz (Canguilhem, 1995; Adam & Herzlich, 2001). Estar doente pode significar sentir-se estigmatizado, incapaz, socialmente desvalorizado, excluído ou sem forças. O sentimento de estar doente não envolve apenas ser diferente dos outros, mas também estar diferente de como se era anteriormente.

Para cada criança, o adoecimento e a hospitalização trazem conseqüências e limitações que extrapolam os sinais e sintomas físicos. Quando se pensa em produção de saúde com base no conceito de integralidade (Mattos, 2001), vê-se é necessário que essa criança seja percebida como um agente, complexo e singular, e que tenha a seu dispor recursos para mostrar-se como tal.

O Brincar, suas Características e Funções

A atividade básica da infância é o brincar, ele é universal e deve estar presente em todas as situações de vida da criança. É através dele que a criança, desde que nasce, apreende e explora o mundo, estabelecendo relações e desenvolvendo habilidades. Funcionando como uma linguagem, não-verbal, de domínio da criança (Santa Roza, 1999), ele permite a estruturação do pensamento, da linguagem oral e da construção do conhecimento (Vygotsky, 1991).

Sua característica primordial e essência residem em seu poder de fascinação, que permite que haja uma intensidade tal, que aquele que brinca fica totalmente absorvido. Tal fato não pode ser mensurado por análises biológicas, pois ultrapassa os limites de atividade meramente física ou biológica, sua essência não é material (Huizinga, 1980).

É uma atividade que se encerra como um fim em si própria, independentemente de se obter algo com ela (Huizinga, 1980; Verden-Zoller, 1993), caracterizando-se por ser livre e voluntária. Brincar pressupõe uma escolha, a criança brinca porque quer e gosta.

Ao brincar, ela sabe que está brincando, mas mesmo assim mostra-se inteiramente absorvida na brincadeira. É essa evasão temporária do real para a esfera da imaginação que permite à criança vivenciar diferentes papéis (Santa Roza, 1999). Ao mesmo tempo que pode ser considerado como um intervalo da vida cotidiana, brincar é parte integrante da vida em geral. A criança pode transitar por essas duas 'realidades' – a real e a imaginária –, pois brincar é um processo no qual interagem e se integram estímulos presentes e residuais. A possibilidade de se distanciar da realidade sem, no entanto, perdê-la de vista é uma das características do brincar, juntamente com a imprevisibilidade e o processo de ilusão, que é o que mantém quem brinca envolvido. A criança sabe que aquilo não é de verdade, mas se envolve na ilusão consciente do brincar, pois a brincadeira tem um sentido, um significado (Santa Roza, 1999).

Esse movimento pendular, entre real e imaginário, propicia a canalização de desejos e necessidades, permitindo assim a transformação de fatos, relações e objetos. Pelo fato de promover uma sensação de exploração e descobrimento, tanto por meio dos estímulos externos como também das próprias atitudes e tendências de quem está brincando, brincar aparece como um desafio contínuo à resolução de situações problemáticas e novas descobertas.

Para que isso aconteça, não há necessidade de materiais específicos. Por ser um estado de 'faz-de-conta', o que vai determinar o brincar não é o conteúdo ou a presença do brinquedo, mas sim o desejo da criança. Essa intencionalidade é que permite, inclusive, a transformação imaginária dos objetos (Benjamin, 1984). Mesmo objetos considerados 'atemorizantes' ou pouco atraentes podem se transformar em brinquedos, como por exemplo seringas que a criança transforma em naves espaciais ou canetas que viram microfones.

Para Benjamin (1984), quanto mais estruturado for o brinquedo, menor será seu valor como instrumento de brincar, pois menos oportunidade de criação na brincadeira oferecerá. A imitação é própria do ato de brincar, e não do brinquedo. O que leva uma criança a brincar de médico, por exemplo, não é o simples fato de ter à sua disposição estetoscópio, aparelho

de pressão e outros apetrechos médicos, mas sim a possibilidade interna de exercer um outro papel, que naquele momento a atrai, fascina ou desafia.

A imitação realizada pela criança no brincar é mais do que simplesmente uma cópia da realidade. Quando imita, a criança reconstrói, de modo singular e criativo, aquilo que observou (Vygotsky, 1991). Dessa forma, experimenta, de diferentes maneiras, situações e papéis, transpondo os limites que a cercam.

Na brincadeira ela pode ser o que quiser, mãe, filho, médico, super-herói, de forma segura e sem limitações. Quando brinca, não precisa ter medo de ferir ou sofrer, tudo é transformável e pode recomeçar. Derruba e reconstrói, luta e ajuda, pode ser bom e mau, morrer e levantar de novo.

Isso é possível porque o brincar possui uma realidade autônoma, com regras próprias, que são definidas por quem brinca. Mesmo o tempo e o espaço não são regidos pelo espaço físico ou pelo tempo cronológico. O espaço onde ocorre a brincadeira é previamente delimitado pela criança, seja de forma material ou imaginária, deliberada ou espontânea. Assim também ocorre com o fim da brincadeira: ela só termina no momento em que se esgota, que é delimitado por um sentido próprio desse brincar (Huizinga, 1980).

Nesse tempo e espaço próprios, o brincar consegue apresentar uma perfeição, temporária e limitada. Pelo fato de ser ordem e criar ordem (Huizinga, 1980), a brincadeira aparece como uma possibilidade de organização para a criança que tem sua rotina de vida desestruturada pela hospitalização.

Só a brincadeira permite que o ruim ou desagradável se transforme em extraordinário, dentro de um clima positivo. Como possibilita a elaboração de conflitos, abre novos espaços internos para o conhecimento e a compreensão (Cañeqe, 1993), facilitando também o processo de interação e relação com o outro.

Nesse espaço de liberdade, o espaço da brincadeira, a criança liberta-se dos estereótipos e exercita-se na busca da própria identidade. Com isso, há uma redução na sensação de gravidade diante dos erros e fracassos. Como no brincar tudo é possível, tudo é válido, cria-se um espaço de encorajamento a prosseguir, continuar, crescer, aprender, manter-se vivo.

Brincar tem uma função vital para o indivíduo, pois amplia a vida (Huizinga, 1980). Durante a brincadeira, a criança tem a possibilidade de se deparar novamente com suas potencialidades, ao contrário da sensação de limitação e desvalorização que em geral o adoecimento e a hospitalização acarretam.

Tem, também, uma função cultural, devido aos sentidos que encerra e a seu valor expressivo. Vários autores correlacionaram brincar e cultura (Huizinga, 1980; Winnicott, 1975; Freud, 1998; Verden-Zoller, 1993; Brougère, 2002). Por ser uma atividade que varia de acordo com cada cultura, a brincadeira pode ser interpretada de diferentes formas. Cada criança partilha de uma cultura lúdica, que é formada a partir da introjeção de regras oriundas do meio social, que são particularizadas por cada indivíduo. É esse repertório interno, formado pela absorção, singular de cada sujeito, das regras do meio social, que vai fornecer referências para interpretar atividades e ações diversas como brincadeira (Brougère, 2002).

Esse repertório começa a ser construído nas primeiras interações entre o bebê e a figura materna (Winnicott, 1975; Verden-Zoller, 1993; Brougère, 2002). Essas interações são fundamentais para o desenvolvimento da criança (Maturana & Verden-Zoller, 1993) e para que ela venha a ter condições de brincar – primeiro individualmente, depois em grupo, e por fim compartilhando das experiências culturais (Winnicott, 1975).

Como atividade fundamental da infância, o brincar deve estar presente também durante o período de hospitalização. Sua ausência pode gerar comprometimentos motores, cognitivos, perceptivos e emocionais.

O Papel do Brincar para a Criança Hospitalizada

O brincar no hospital deve estar presente tanto na atividade espontânea da criança quanto nas intervenções dos profissionais. Para os profissionais, de diferentes áreas, envolvidos com a promoção do brincar, ele é efetivamente percebido como algo prazeroso à criança, que traz alegria e também resgata a condição de "ser criança" (Mitre & Gomes, 2004). Em 2002, foi realizada uma pesquisa com profissionais da saúde de diferentes

hospitais no Brasil, a respeito da experiência de promoção do brincar. Nos seus depoimentos, os entrevistados destacaram que a presença da atividade lúdica em hospitais tem repercussão nos pacientes, nos acompanhantes e na própria equipe, havendo uma associação entre brincar e 'normalidade' (saúde). O fato de a criança hospitalizada brincar a coloca numa posição de semelhança com outras crianças, no lugar da diferença imposta pelo adoecimento. Quando brinca, a criança parece não estar tão doente, mesmo que apenas por um breve período (Mitre, 2000).

Pelo fato de favorecer a criação de alianças e as interações entre crianças, acompanhantes e profissionais, o brincar permite a criação de uma nova rede social, ajudando a diminuir a sensação de isolamento e solidão provocada pela hospitalização (Mitre, 2000). Também na relação criança-acompanhante, o brincar pode refazer laços que estejam fragmentados devido à desorganização familiar provocada pelo adoecimento (Mitre & Gomes, 2004).

A atividade lúdica é percebida por familiares e profissionais como uma possibilidade de a criança ganhar ou construir algo de positivo num momento de tantas perdas, o do adoecimento e hospitalização. É visto como um elemento que propicia um resgate de um contexto familiar à criança, aparecendo como marca identitária (Mitre & Gomes, 2004). Por pertencer a um repertório pessoal, tanto individual quanto de grupo social (cultura lúdica), a atividade lúdica possibilita a expressão de sentimentos, idéias, preferências, afetos e hábitos. Permite também que a criança encontre no ambiente hospitalar elementos familiares e situações que fazem parte de seu repertório pessoal, familiar e cultural.

Quando o profissional valoriza e estimula o brincar como veículo de expressão, está reconhecendo que para trabalhar com crianças é necessário respeitar a singularidade de cada uma e suas especificidades. Dessa forma, brincar no hospital pode ser considerado como um espaço democrático, onde ocorrem a valorização das experiências individuais, a possibilidade de escolhas e o conseqüente exercício da autonomia.

Essa autonomia pode ser percebida pela espontaneidade que as crianças apresentam para se apropriarem do espaço das enfermarias e tem

um efeito 'contagioso', demonstrando, na prática, a função socializante do brincar. Em geral, basta uma criança perceber que outra está brincando para criar coragem, sair da passividade e brincar também. Independentemente de sair do leito ou não. Por vezes, a criança não apresenta condições de se deslocar ou movimentar, mas o brincar, por situar-se na esfera entre o real e o imaginário, independe da atividade dinâmica.

Entretanto, apesar da espontaneidade das crianças, é necessário promover condições que favoreçam esse brincar. Devido às características do espaço hospitalar e das transformações que acompanham um processo de hospitalização, por vezes algumas crianças e seus acompanhantes necessitam quase que de uma 'autorização' para brincar no espaço das enfermarias. É papel da equipe servir como facilitadora nessas situações, estando atenta às sutilezas expressas pelo comportamento do usuário.

Essas sutilezas são fundamentais, pois mesmo nas crianças maiores a principal via de expressão não é necessariamente a fala, o brincar é a linguagem fundamental para elaboração de experiências. No hospital, a criança precisa ter a seu dispor mecanismos de interpretação para que possa assimilar a experiência do adoecimento e da hospitalização e articulá-la com outras situações.

Isso pode ser percebido, por exemplo, quando a criança gosta de repetir determinadas brincadeiras. Um olhar mais atento pode indicar que aquela é a maneira da criança tentar compreender o que está ocorrendo com ela ou no meio à sua volta, ou de tentar dominar uma situação que se configura como desconhecida e/ou ameaçadora, uma vez que ainda não possui um significado para ela (Santa Roza, 1999; Freud, 1998; Winnicott, 1975).

Essa elaboração é possível devido ao fato de o brincar ser a única atividade humana em que se pode explicitar, modificar e vivenciar, de forma segura, a ansiedade e o medo da morte. Dessa maneira, estimula o desejo de viver, de criar, de crescer e de transformar.

A intervenção do profissional pode facilitar que a criança perceba o brincar como um espaço de mediação entre seu mundo familiar e aquela experiência. Essa intervenção pode ocorrer de diferentes maneiras, e ser mais ou menos direcionada. O profissional tanto pode inserir o brincar no

meio de suas rotinas quanto promover o brincar livre ou, ainda, utilizá-lo como uma técnica específica.

Por exemplo: alguns profissionais realizam a preparação para determinados exames ou procedimentos utilizando bonecos, personagens, histórias ou brinquedos; a criança pode, assim, experimentar através da brincadeira a vivência de situações semelhantes àquela a que vai ser submetida. Dessa forma, levam as informações relativas ao adoecimento e ao tratamento, numa linguagem acessível à criança, permitindo que ela dê um sentido aos fatos.

Especialmente no caso de doenças crônicas ou de curso prolongado, o brincar pode ter um importante papel na conquista da adesão da criança ao tratamento. O que não significa, entretanto, torná-la mais dócil, conformada ou passiva para as intervenções. Ao contrário, o objetivo é possibilitar que ela signifique suas experiências, assumindo um papel ativo em seu tratamento. O cuidar é um processo que envolve não apenas os profissionais, mas também os usuários (mesmo crianças) e acompanhantes.

Nessa ótica, o brincar se torna um contraponto às experiências dolorosas, à dor da hospitalização, que, mais do que a dor física provocada pela doença ou pelos procedimentos, encerra um sofrimento psíquico e existencial. Possibilita à criança hospitalizada transpor as limitações impostas pela doença e pela hospitalização, tirando-a da condição de ser vista apenas como 'doente' e abrindo-lhe a possibilidade de continuar agindo na vida (Mitre, 2000).

É interessante destacar que para alguns profissionais o brincar também funciona como um contraponto às suas rotinas, possibilitando que lidem de outra maneira com o sofrimento e o desgaste emocional gerados por suas práticas (Mitre & Gomes, 2004).

O Brincar como Elemento no Processo de Humanização

Benevides e Passos (2005) redefinem humanização como uma estratégia de intervenção nas práticas em saúde a partir de um novo posicionamento dos sujeitos envolvidos. Nesta perspectiva, o brincar pode

ser percebido como um dos elementos que possibilitam à criança transformar a sua participação, mediante um maior protagonismo na produção de sua saúde. Além disso, o brincar também propicia uma alteração no modelo de atenção por parte dos profissionais.

Por ser um elemento característico da infância, o brincar traz uma sensação de 'normalidade' e, definitivamente, marca uma maneira de a criança agir no mundo. No entanto, a banalização dessa atividade é um fator que dificulta a sistematização de ações terapêuticas que envolvem o lúdico.

É necessário que haja, cada vez mais, uma incorporação do brincar nas políticas de atenção e nas práticas de assistência à saúde da criança, para que efetivamente se possa, na perspectiva da humanização, transformar os modos de atendimento. Paralelamente aos avanços de saberes específicos e equipamentos voltados para a melhoria no campo da intervenção dirigida a crianças, faz-se necessário desenvolver o campo do conhecimento sobre o brincar como espaço e recurso terapêutico na produção de cuidados pediátricos.

Para que ganhe maior densidade e tenha resultados mais eficientes e eficazes, a atenção à saúde da criança deve contemplar outras técnicas e tecnologias, que não apenas as medicamentosas, de exames ou de reabilitação.

Com base em uma definição de tecnologia que não se reduz ao maquinário ou a técnicas voltadas para o uso dos equipamentos, o brincar pode ser considerado como uma tecnologia de ação (Merhy et al., 1997). Para estes autores, as tecnologias de ação no trabalho em saúde "se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologia de relações, de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados" (Merhy et al., 1997:121).

O avanço tecnológico não pode ser avaliado apenas pelo desenvolvimento de técnicas e materiais, mas também pela construção dos saberes em sentido ampliado que possibilite lidar, entre outros aspectos, com a dimensão simbólica que surge em torno e em decorrência da materialidade da tecnologia.

O lúdico como um instrumento no processo de humanização se insere exatamente nessa perspectiva. Funciona como uma tecnologia de

relações, capaz de interrogar sentidos e significados, possibilitando a busca de novos referenciais para a intervenção clínica. Desprezar esse recurso no atendimento em saúde significa restringir a visão dos problemas decorrentes da prática (Mitre & Gomes, 2002).

Buscando um protagonismo da criança como usuário dos serviços de saúde, o brincar possibilita que se pensem alguns princípios de ação. Para a questão específica do processo de humanização da assistência à criança hospitalizada, é importante destacar que:

· Em relação à ambiência, o planejamento e a adequação do espaço hospitalizar facilitam a exploração e apropriação desse espaço pela criança, influenciando na própria dinâmica das relações.
· O acolhimento, refletido não só no espaço físico, mas também nas relações, possibilita à criança sentir-se 'autorizada' a brincar e, com isso, reconhecer no ambiente hospitalar uma continuidade de sua existência.
· A educação permanente dos profissionais, com temas que digam respeito à atenção integral à criança, e a prática interdisciplinar favorecem uma abordagem mais humanizada e eficaz.
· Garantir à criança a possibilidade de elaborar, através do brincar como linguagem de seu domínio, a experiência da hospitalização diminui as angústias, os medos e as ansiedades característicos dessa situação.
· Retomar a infância, interrompida pelo adoecimento e hospitalização, através do brincar, permite à criança se reconectar com sua história de vida.
· Estabelecer vínculos e relações de confiança – com outras crianças e também com adultos – contribui para diminuir a sensação de isolamento e dar continuidade ao seu processo de desenvolvimento.
· Fazer escolhas, através do brincar, num momento de vida em que são poucas as oportunidades de optar, permite à criança mostrar-se como um sujeito ativo, inclusive no próprio processo de adoecimento e tratamento.

É fundamental que as instituições de saúde priorizem e valorizem, não apenas no discurso, mas no reconhecimento objetivo por meio de investimentos concretos, a sistematização das atividades lúdicas como

um recurso da humanização da assistência. Esses investimentos concretos dizem respeito principalmente à preocupação com a ambiência e os espaços para brincar, à contratação e formação especializada de profissionais para este tipo de intervenção e ao custeio de insumos específicos para este fim.

Em relação aos espaços, foi aprovada em março de 2005 a Lei 11.104 (Brasil, 2005), que dispõe que todo hospital que ofereça atendimento pediátrico em regime de internação deve ter uma brinquedoteca. Por brinquedoteca, a lei considera "o espaço provido de brinquedos e jogos educativos destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar". Sem dúvida, é uma iniciativa louvável; no entanto, não é a obrigatoriedade do espaço que vai constituir a possibilidade de utilização do brincar como recurso terapêutico.

Não se pode ignorar que, para produzir um impacto real, as ações têm que ser estruturadas e desenvolvidas por profissionais inseridos nas equipes de saúde. Toda a instituição deve estar envolvida nesse processo, do gestor ao porteiro, para que se construa, gradativamente, um modelo de atendimento que cada vez mais contemple a complexidade do adoecer e a singularidade de cada indivíduo. Ações isoladas correm o risco de se perder e não repercutir na dinâmica hospitalar (Mitre, 2004).

Conferir à promoção do brincar o *status* de instrumento no processo de humanização das ações de saúde envolve discussões sobre o poder dentro da instituição hospitalar. A atividade lúdica traz consigo vários questionamentos e inverte alguns papéis, pressupõe uma escolha por parte do usuário e também traz um conhecimento que não é puramente acadêmico e científico. É um conhecimento que tem raízes no cotidiano e na experiência pessoal de todos os atores que circulam no espaço hospitalar, usuários, acompanhantes, profissionais e gestores.

Referências Bibliográficas

ADAM, P. & HERZLICH, C. *Sociologia da Doença e da Medicina*. Bauru: Edusc, 2001.

BENEVIDES, R. & PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface*, 17(9):389-406, 2005.

BENJAMIN, W. *Reflexões: a criança, o brinquedo, a educação*. São Paulo: Summus, 1984.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Humanização Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. (Mimeo.)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Mimeo.)

BRASIL. Lei n. 11.104, de 22 de março de 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedoteca. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*. Brasília, 22/03/2005.

BROUGÈRE, G. A criança e a cultura lúdica. In: KISHIMOTO, T. (Org.) *O Brincar e suas Teorias*. São Paulo: Pioneira, Thomson Learning, 2002.

CAÑEQE, H. *Juego y Vida*. Buenos Aires: Atheneo, 1993.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária,1995.

CASTRO, L. Da invisibilidade à ação: crianças e jovens na construção da cultura. In: CASTRO, L. R. (Org.) *Crianças e Jovens na Construção da Cultura*. Rio de Janeiro: Nau Editora, Faperj, 2001.

CECCIM, R. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: CECCIM, R. B. & CARVALHO, P. R. (Orgs.) *Criança Hospitalizada: atenção integral como escuta à vida*. Porto Alegre: EdUFRS, 1997.

DESLANDES, S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):7-14, 2004.

FOSTER, G. & ANDERSON, B. *Medical Anthropology*. New York: Newbery Award Records, 1978.

FREUD, S. *Além do Princípio do Prazer*. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

HUIZINGA, J. *Homo ludens*. São Paulo: Perspectiva, 1980.

KUDO, A. & PIERRI, S. Terapia ocupacional com crianças hospitalizadas. In: KUDO, A. et al. *Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em Pediatria*. São Paulo: Sarvier, 1990.

LAJOLO, M. Infância de papel e tinta. In: FREITAS, M. C. (Org.) *História Social da Infância Brasileira*. São Paulo: Cortez, 1997.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões sobre valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, R. A. & PINHEIRO, R. (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 2001.

MATURANA, H. & VERDEN-ZOLLER, G. El juego, el camino desdeñado. In: MATURANA, H. & VERDEN-ZOLLER, G. (Orgs.) *Amor y Juego: fundamentos olvidados de lo humano*. Santiago: Instituto de Terapia Cognitiva, 1993.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCHO, R. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. S. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):17-20, 2004.

MITRE, R. M. A. *Brincando para viver: um estudo sobre a relação entre a criança gravemente adoecida e hospitalizada e o brincar*, 2000. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.

MITRE, R. M. A. *A experiência da promoção do brincar em hospitais*, 2004. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.

MITRE, R. M. A. & GOMES, R. O papel do brincar na hospitalização de crianças: uma reflexão. *Pediatria Moderna*, 7(38):339-342, 2002.

MITRE, R. M. A. & GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil enquanto ação de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):147-154, 2004.

OLIVEIRA, H. A enfermidade na infância: um estudo sobre a doença em crianças hospitalizadas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9:326-332, 1993.

SANTA ROZA, E. Um desafio às regras do jogo. In: SANTA ROZA, E. & REIS, E. S. *Da Análise na Infância ao Infantil na Análise.* Rio de Janeiro: Contracapa, 1997.

SANTA ROZA, E. *Quando Brincar é Dizer.* Rio de Janeiro: Contracapa, 1999.

VERDEN-ZOLLER, G. El juego em la relación materno-infantil. In: MATURANA, H. & VERDEN-ZOLLER, G. (Orgs.) *Amor y Juego: fundamentos olvidados de lo humano*. Santiago: Instituto de Terapia Cognitiva, 1993.

VYGOTSKY, L. *Pensamento e Linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

WINNICOTT, D. *O Brincar e a Realidade.* Rio de Janeiro: Imago, 1975.

12 Humanização da Assistência às Vítimas de Abuso Sexual Infantil: retomando o debate sobre a relação médico-paciente

Suely Ferreira Deslandes
Ana Cristina Wanderley da Paixão

Como se sabe, a violência contra crianças e adolescentes, nas últimas décadas, tem provocado uma crescente mobilização em vários países, desencadeando a criação de associações, serviços e a implementação de estratégias para o atendimento às vítimas e de ações de prevenção dos diversos tipos de maus-tratos. Suas implicações e repercussões são tão sérias e a magnitude de sua ocorrência estima-se ser tão alta que a violência, a partir dos anos 90 do último século, passou a ser identificada pela Organização Mundial da Saúde como um problema não só social, mas também de saúde pública (OMS, 2003).

Entre as múltiplas formas de maus-tratos, o abuso sexual é aquele que mais coloca em xeque os valores culturais ocidentais de proteção à infância, sendo responsável por seqüelas físicas, emocionais e sociais de curta, média e longa duração (Mattos, 2002). Destaca-se entre os demais maus-tratos pelo tabu que o reveste. Existe, como dizem alguns autores, uma "verdadeira muralha de silêncio" ao redor deste assunto, tornando-o questão muito difícil de lidar para as famílias envolvidas em sua dinâmica, e mesmo para os profissionais que atendem crianças e adolescentes vítimas deste tipo de abuso (Scodelario, 2002).

Provavelmente pelo estigma que lhe é associado, este tipo de agravo é subnotificado e pouco se conhece sobre sua real distribuição na população

infanto-juvenil. Apesar de não dispormos de estatísticas nacionais, alguns estudos regionais indicam ser alta a prevalência desta forma de violência (Assis et al., 2004).

No Brasil, algumas importantes iniciativas têm sido empreendidas para atuar diante do problema de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. Essas ações são guiadas pelo paradigma do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que, desde1990, consolida a Doutrina de Proteção Integral às Crianças e aos Adolescentes, fundamentada no princípio de Prioridade Absoluta, consagrado no seu artigo 227 (Ceca, 1990; Conanda, 2001). Para atuar diante das situações de violência, medidas de proteção especial são delineadas, entendendo-se por tal um conjunto de políticas dirigidas àqueles que se encontram em situação de risco pessoal e social, em razão de extrema violação de seus direitos (Brasil, 1999, 2002a, 2002b; Conanda, 2001).

No que concerne especificamente às formas de enfrentamento do abuso e exploração sexual, o Brasil tornou-se em 1991 signatário da campanha internacional End Child Prostitution in Asian Tourism. Em 1994, o Brasil lança no Congresso Nacional a Campanha Nacional pelo Fim da Violência, Exploração e Turismo Sexual contra Crianças e Adolescentes (Felizardo, 2001).

Reafirmando essa linha de atuação em junho de 2000, o governo federal, em parceria com organismos internacionais e organizações não-governamentais, cria o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, com o objetivo de estabelecer ações articuladas que facilitem a intervenção política, técnica e financeira para o combate a tal agravo. Em 2002 é criado o Comitê Nacional de Enfrentamento ao Abuso e Exploração Sexual, composto por representantes de setores governamentais e entidades privadas, tendo a finalidade de elaborar metodologias e indicadores para avaliar as ações do Plano Nacional e monitorar programas e políticas nesta área.

Atualmente, a estratégia traçada para o país é a de integração dos vários programas em rede e o fortalecimento de condutas que permitam universalizar e consolidar um tratamento humano, digno, e prover atenção especializada nos casos de ocorrência desse problema.

Considerando-se todas as iniciativas brasileiras de prevenção da violência contra crianças e adolescentes, o setor Saúde, ainda que muito aquém das demandas que se apresentam, ocupa um lugar de protagonista neste tipo de atuação (Minayo, 2004). Em 2000 é lançada a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. No âmbito regional, desde a década de 1990 várias secretarias municipais e estaduais de Saúde vêm, paulatinamente, investindo na qualificação dos profissionais e na adequação da assistência para o atendimento às vítimas de violência. A partir de então, condutas clínicas têm sido padronizadas especialmente no que concerne à construção da anamnese, mais socialmente orientada, e à pesquisa de doenças sexualmente transmissíveis e HIV nas situações de suspeita ou confirmação de abuso sexual. Demarca-se a necessidade de atendimento profissional multi e interdisciplinar, que amplie a abrangência da abordagem. Também, é ratificada pelo Ministério da Saúde a notificação compulsória, por parte de todos os profissionais da saúde, de qualquer suspeita de maus-tratos contra crianças e adolescentes, como determina o ECA (Brasil, 1999, 2002a, 2002b, 2002c).

Todavia, a despeito de uma legislação progressista, do compromisso público e do engajamento do setor Saúde, muitos têm sido os desafios encontrados por seus profissionais e serviços para a consolidação efetiva de ações de prevenção e acompanhamento das vítimas de violências e seus familiares. Tais desafios envolvem desde a necessidade de lidar com a precariedade da estrutura física e com a descontinuidade do compromisso em relação a esse tipo de atendimento por parte das administrações até a demanda excessiva por atendimentos (Brasil, 2002a; Gonçalves & Ferreira, 2002).

Não raro, as meninas vítimas de violência sexual percorrem vários serviços sem receber o atendimento adequado e são submetidas a situações constrangedoras, desrespeitadas em sua privacidade; são, enfim, revitimizadas, e recebem, portanto, uma atenção que pode ser considerada 'desumanizada'.

Estudos indicam que as famílias vítimas de violência demandam uma atenção diferenciada, pautada no acolhimento e na negociação do processo de atendimento (Paixão, 2003; Deslandes et al., 2003; Deslandes,

2004). Essas prerrogativas alinham-se a uma perspectiva de atenção humanizada e integral (Trezza, 1987; Pessini, 2002; Betts, 2003). Tal contingente implica a reavaliação dos atendimentos atualmente oferecidos pelos profissionais e instituições de saúde e a conscientização sobre a necessidade de refletir mais intensamente sobre a base essencial de qualquer atendimento voltado para a produção de cuidados em saúde: a relação entre profissional e paciente.

Apesar da polissemia que reveste o conceito de humanização da assistência, acreditamos que o eixo comunicacional-relacional constitui um de seus pilares. De forma provisória, conceituamos 'humanização' da assistência como uma proposta de reestruturação do modelo e da prática assistencial que pleiteia mudanças nas relações de poder intra e interequipes e naquelas estabelecidas entre profissionais e pacientes (relações baseadas na 'negociação da ordem'). Tais modificações devem ocorrer no âmbito das interações (relações baseadas 'na escuta e no diálogo') e no reconhecimento da 'alteridade' (valorização dos aportes culturais e subjetivos, tanto dos pacientes e familiares quanto dos profissionais).

Neste estudo, enfocamos essencialmente a relação médico-paciente como um dos elementos-chave para a produção de cuidados que se alinham à perspectiva de humanização da assistência às vítimas de violência sexual. Felizmente, com o avanço da perspectiva multi e interdisciplinar e com a incorporação da diretriz de integralidade, as relações que se tecem com os usuários em torno da produção de cuidados de saúde tem, gradativamente, envolvido várias categorias de profissionais da saúde. Contudo, pela centralidade simbólica que a interação médico-paciente desfruta no modelo médico ocidental e, em contrapartida, por ser nela que se estabelece maior assimetria, optamos por elegê-la como objeto de reflexão.

A relação médico-paciente é tão valorizada que, por vezes, se torna responsável pelo sucesso de um atendimento, chegando a ser mais aquilatada pelo paciente do que a 'competência técnica' demonstrada pelo profissional. Algumas condições relacionais são especialmente apreciadas, tais como a disponibilidade, atenção e capacidade do médico em estabelecer, empaticamente, um diálogo ajustado com seu paciente, fazendo com que

este se sinta compreendido e adequadamente assistido em seus problemas e, conseqüentemente, satisfeito com a atenção recebida (Entralgo, 1983; Ong, 1995; Pérez-Gaspar, 2002). Considerando-se essa relação em seu viés de resolutividade, indica-se que os frutos dessa comunicação podem ser sentidos pelo profissional já no decorrer da consulta, quando o paciente consegue expor sua situação de forma mais espontânea e desembaraçada, facilitando a descrição de situações que, seguramente, auxiliam na definição clínica do diagnóstico e dos atendimentos posteriores (Pérez-Gaspar, 2002).

Para além dessa visão, até certo ponto utilitarista, da relação médico-paciente, no que concerne ao atendimento às meninas vítimas de violências sexual estabelece-se um encontro extremamente peculiar, em que se intensifica o apelo ao acolhimento e à escuta ampliada, num contexto desenhado pelos dramas familiares, pelo sofrimento, pela humilhação e comoção.

Alguns Marcos Teóricos da Relação Médico-Paciente

A relação médico-paciente constitui, há mais de cem anos, um dos objetos de estudos da sociologia médica. Este campo disciplinar primou por se dedicar à investigação das relações entre a profissão médica, sua inserção social, suas bases de poder e a interação médico-paciente.

No brilhante livro de Nunes (1999) alguns precursores são lembrados, especialmente Sigerist, que tentou, por volta de 1929, reconstituir historicamente o papel do médico e do paciente, assim como os valores a eles atribuídos.

Outro autor lembrado por Nunes (1999) é Henderson, que, em 1935, faz uma das primeiras aplicações da análise sistêmica para o estudo da relação médico-paciente. Em uma comunicação apresentada à Escola Médica e ao Hospital da Universidade de Harvard, ele defende que a relação entre um médico e um paciente constitui, por si só, um sistema social. E as questões prioritárias a serem analisadas em qualquer sistema social são os "sentimentos envolvidos". No caso dessa relação entre esses

"indivíduos heterogêneos", o médico deve cuidar para que seus sentimentos não sejam influenciados pelos do seu paciente e, com isso, modificar seu comportamento; ao contrário, ele deve agir sobre os sentimentos dos pacientes de acordo com um "plano bem estabelecido" (Nunes, 1999:64). Contudo, além da supremacia do controle dos sentimentos, que deveria ser uma capacidade de qualquer médico, Henderson defende uma escuta isenta de preconceitos, como bem condiz a uma proposta de conhecimento positivista.

> Ao falar com o paciente, o médico não deve somente parecer estar, mas deve estar realmente interessado no que o paciente fala. Ele não deve sugerir ou deduzir julgamentos de valor ou morais relacionados ao que está sendo relatado a ele, ou referentes ao comportamento do paciente. (Henderson apud Nunes, 1999:65)

Henderson ainda sintetiza o verdadeiro mister da escuta médica, que tão bem elucida o desafio do atendimento às vítimas de violências sexuais: "Quando você fala com o paciente, você deve ouvir, primeiro, o que ele deseja contar-lhe, em segundo lugar, o que ele não deseja contar-lhe, em terceiro lugar, o que ele não pode contar-lhe" (Henderson apud Nunes, 1999:65).

Apesar da instigante reflexão desses precursores da primeira metade do século XX, podemos reafirmar que o autor que mais se destacou nesta linha de estudos foi Talcott Parsons que, na década de 50, elabora um modelo sistêmico baseado no pressuposto explicativo de que tal relação é baseada em "interações assimétricas e consensuais". Grosso modo, a leitura funcional de Parsons enfoca os papéis desempenhados pelos sujeitos no sistema médico e as funções que este subsistema opera no sistema social como um todo. Por um lado, o adoecimento altera os papéis sociais dos indivíduos, pois muitas das pressões a ele dirigidas poderão cessar ou serem abrandadas devido ao seu estado. Uma vez doente, ele cairá numa situação de desvio, involuntário ou não, de suas atribuições sociais. Por outro lado, espera-se, então, que ele procure um médico e estabeleça uma relação de cooperação e adesão às prescrições médicas, visando a retornar ao *status* anterior, de alguém saudável, apto a retomar seus papéis.

Ao médico cabe o uso de seu conhecimento de forma objetiva e neutra, permitindo ao doente retomar seu estado original de saúde e voltar a cumprir seus papéis. O sistema médico é, assim, visto como fundamental à funcionalidade do sistema social.

Esses parâmetros de análise tiveram grande repercussão e foram considerados hegemônicos durante muito tempo; porém, com o passar das décadas, as críticas a tais postulados começaram a surgir. A mais recorrente diz respeito ao caráter desprovido de historicidade conferido à relação médico-paciente. Na ótica parsoniana, haverá uma paciente e um médico universais, hierarquicamente relacionados e consensuais em torno do cumprimento de seus respectivos papéis. Não são levados em consideração contradições ou conflitos de expectativas ou de posturas.

Freidson (1988), outro autor clássico nesta linha de estudos, retoma criticamente, nos anos 70, o enfoque parsoniano. Afirma que existem diversas formas de interação, as quais dependem de outros fatores, pois as abordagens e os tratamentos médicos variariam de acordo com a patologia apresentada. O paciente, por outro lado, pode ser mais ou menos participativo, mas nunca totalmente excluído ou ignorado na relação médico-paciente. A interação com o profissional é desenhada de acordo com sua cultura e suas condições socioeconômicas. Freidson defende que existe sempre um "conflito latente entre perspectivas", presente em toda a relação médico-paciente. Nessa leitura, o médico vê o doente de acordo com a especialidade que exerce, e pretende definir as formas de atendimento a serem prestadas e o conteúdo de informações a serem fornecidas. Ele procura catalogar o paciente de acordo com sua patologia, evitando assim qualquer individualização. Em contrapartida, o paciente entende sua doença em função das exigências da sua vida cotidiana, dentro de seu próprio contexto cultural, esperando que o médico aceite a sua definição e compreensão do problema. Ele tenta obter o maior número de esclarecimentos possível e busca tornar-se singular e diferenciado para o profissional. Para Freidson, portanto, esses conflitos estão no âmago de tal interação.

Adam e Herzlich (2001), revisitando tal temática, afirmam que, nas últimas décadas, os pacientes têm adquirido um capital maior de

barganha. Mencionam estudos que focalizam a relação médica com pacientes crônicos, revelando que, quanto menos grave ou menos aguda a patologia, menor a passividade do paciente. Nos casos em que a cura é inexistente, a relação se tornaria mais assídua e duradoura, sendo demandado ao médico que ensine o paciente a cuidar de si mesmo, aumentando sua autonomia e margem de negociação. Pondera-se ainda que essa relação sofre, concretamente, outra sorte de interferências relacionais: de gênero, de geração, de classe, do tipo de especialidade médica, do vínculo com as gestões públicas ou privadas.

A partir da década de 80, com as contribuições da antropologia médica e da sociologia da saúde, os estudos sobre essa relação se desdobraram em pesquisas que trazem tanto as dimensões estruturais que influenciam diretamente essa interação, tais como os debates sobre os "modelos de assistência a saúde, a ordem e o poder médico" (Carapinheiro, 1993), como suas dimensões relacionais no que tange à "comunicação, empatia e vínculo". Esses níveis se entrelaçam, impossibilitando a dissociação de cada um deles.

Indica-se, portanto, que analisar a relação médico-paciente à luz do contexto em que é produzida, ou seja, no interior do modelo biomédico, permite melhor compreender as lógicas e as regras dessa interação. Esse modelo se fundamenta tradicionalmente na análise dos fenômenos médicos em sua expressão empírica – "orientada principalmente para a descoberta e a quantificação das informações psico-químicas sobre paciente e não para fatores menos mensuráveis, como os sociais e emocionas" (Helman, 1994:101) –, como um processo intelectivo que conduz à formação lógico-abstrata (universal) de um paradigma totalizante dos processos (fisiológicos ou psicossomáticos), conformando o modelo de relação médico-paciente profissional.

No modelo biomédico, o médico se considera e é consignado social e culturalmente como um representante de uma categoria de profissionais à qual foi reconhecido o saber e poder de usar as forças da ciência e da tecnologia para o benefício de seus pacientes, com a finalidade da cura (Helman, 1994). O exercício dessas atribuições é regido por um conjunto

de regulações próprias, a 'ordem médica'. Semelhante a uma ordem jurídica, ela estabelece dogmas, normas e sanções precisas para o exercício da profissão.

> A Ordem se impõe por ela mesma. Ela está sempre presente em nossa vida, desde nosso nascimento numa maternidade até nossa morte num hospital, desde os exames pré-natais até a verificação, na autópsia. Mais ainda que sua eficácia na medicina é sua cientificidade que constitui lei, pois ninguém contesta que o saber médico, pelo menos por uma parte, seja verdadeiro e verificável. Por ele, é que a noção mesma de crença se acha hoje transfigurada. A crença na medicina ultrapassa de longe a crença em qualquer religião que seja. (Clavreul, 1983:40-41)

Para Clavreul, esta ordem constitui o discurso médico. O profissional é seu porta-voz e, como tal, não só deveria se anular como sujeito perante a objetividade científica que lhe é exigida, como também invalidaria a subjetividade do paciente. Diz Clavreul (1983:211): "O que ordena a relação médico-paciente é o distanciamento do médico em relação ao seu doente". Mediante essa postura de despersonalização, o médico se institui no poder e saber que lhe são outorgados, aumentando ainda mais seu capital de poder:

> Não há somente uma desigualdade de fato na relação médico-doente. É uma desigualdade de direito, porque é o discurso do mestre que faz leis. O discurso do doente é desacreditado não somente em razão do sofrimento e da angústia que o 'impedem de raciocinar corretamente', mas porque o único discurso sobre a doença é o discurso médico. O resto é literatura. (Clavreul, 1983:214)

Na realidade, segundo o autor, esse tipo de atitude dificulta enormemente a interação entre o médico e o paciente. Segundo ele, o profissional justifica tal postura alegando a existência de um vocabulário técnico próprio dos médicos que, se usado pelos pacientes "desprovidos do exato saber", poderá ser empregado de forma errônea. Defende ainda que a subjetividade, quando presente na interação médico-paciente, pode abalar o atendimento tanto na ótica do doente, fazendo com que sentimentos de angústia, medo e pudor influenciem na pesquisa do diagnóstico e na adesão

ao tratamento proposto, assim como acarretando no profissional a falta da objetividade necessária para traçar o diagnóstico e tomar as decisões com relação aos tratamentos a serem seguidos. Sintetizando tal concepção, teríamos que "o doente raciocina com sua sensibilidade e sua emoção, logo raciocina errado" (Clavreul,1983:158).

Suas impressões são corroboradas por Helman (1994), que acredita que o médico, por sua formação profissional e sociocultural, freqüentemente se acha no direito de impor o modelo de atendimento ao paciente, raramente permitindo que este expresse livremente sua perspectiva do sofrimento que o acomete. Diagnosticado e definido o mal, sua terapêutica passa naturalmente a ser controlada pelos especialistas médicos, e espera-se da maioria dos enfermos que sigam à risca as determinações consagradas pela prática tradicional do saber e da dominação médica.

Carapinheiro (1993), seguindo a tradição foucaultiana, discute o saber e poder do médico, analisando a construção da competência técnica ao longo de sua formação profissional. Segundo a autora, esse capital, quando relacionado à atuação relacionada aos pacientes, traduz-se numa autoridade moral e social, de certo modo inquestionável. Ao renegar os saberes dos pacientes e ao fazer crer que são inadequados, o saber-poder médico acaba por operar uma violência simbólica, que lhe agrega mais poder:

> traduz-se numa autoridade moral e social e num poder indisputável que confere ao exercício do acto clínico a forma de violência simbólica, cujos mecanismos (...) são justificados e legitimados pelo seu imanente poder científico, transfigurando-se nos sinais e nos símbolos do poder carismático de curar. (Carapinheiro, 1993:122).

Cabe, por um lado, reconhecer a permanência de muitas dessas questões no cotidiano da assistência, mas igualmente questionar a idéia de determinação que perpassa parte dessas leituras. Inegável, também, que nas últimas décadas outros discursos têm sido agregados e revistos, propondo posturas mais democráticas e hermenêuticas da prática médica.

Caprara e Franco (1999) e Caprara e Rodrigues (2004) tratam a reconhecida importância atribuída pela literatura recente à relação médico-

paciente como eixo da melhoria da qualidade do serviço de saúde, da humanização e da conseqüente personalização do atendimento, do acesso à informação, bem como da melhoria do estado de saúde dos pacientes. Para tal, apostam na superação dos modelos paternalista (o médico resolve pelo paciente) e informativo (o médico atua como um prestador de serviços que repassa informações, não lhe cabendo a tomada de decisões) e optam pela busca da realização do modelo hermenêutico. Nessa abordagem, baseada na proposição gadameriana, almeja-se propor um modelo comunicacional capaz de estabelecer uma relação empática e comunicativa, na qual pacientes têm a possibilidade de opinar na trajetória de seu tratamento. Parte-se do princípio de que a relação pode se estabelecer com base em um campo semântico partilhado e compartilhável, no qual se dão trocas e não imposições de um único referente interpretativo.

Discutindo criticamente as relações existentes no atendimento médico, Halpern (2001) aborda o emprego, as implicações, os limites e desdobramentos dessa ação. Afirma, de forma categórica, a necessidade da empatia como parte fundamental do atendimento integral do paciente. Para ela, ainda que a medicina tenha como identidade operativa a objetividade e racionalidade científicas, o diagnóstico correto só será feito se o paciente for visto globalmente e não como hospedeiro de uma doença. A empatia permitiria descortinar emoções, necessidades e fatos que poderiam influenciar, explicar ou mesmo desencadear determinadas patologias. Ou seja, ela ampliaria as bases do conhecimento objetivo e racional, guiando a escolha de tecnologias. A ação empática seria também benéfica para ajudar o paciente a recuperar sua autonomia psicológica e favorecer sua adesão terapêutica.

Em estudo etnográfico das narrativas médicas, Clark e Mishler (2001) comparam dois atendimentos: um baseado no modelo hegemônico, no qual o médico orienta o relato do paciente, interrompe e estrutura sua narrativa, e outro no qual o profissional propicia ao paciente o protagonismo narrativo. Os autores nos mostram a riqueza do segundo modelo, a afirmação do paciente como sujeito de sua história e o vínculo que ali se estabelece entre paciente e cuidador.

Abuso Sexual Infantil: a importância da humanização em um atendimento *sui generis*

O atendimento pediátrico apresenta algumas peculiaridades. Uma delas, talvez a principal, seria a dinâmica do atendimento, já que o profissional produz um cuidado baseado na mediação entre dois atores sociais, a criança e sua responsável.

A construção do diagnóstico médico passará então por um processo dialógico entre as falas/expressões da criança e de seus cuidadores. Para que tenha uma noção mais apropriada do problema da criança, sua atenção precisa se estender aos pais, à sua condição psicossocial e emocional e ao contexto familiar no qual se insere seu paciente (Tomazzoni, 2003).

No que concerne ao modelo de atendimento na pediatria, Villar e Cardoso (2002:5) afirmam que "a prática pediátrica tende a seguir o modelo atividade-passividade proposto por Parsons, (...) uma vez que a criança não é responsável por si. O paciente é neste caso passivo no que diz respeito à 'tomada de decisão'". Criticamente, observamos que tal afirmação minimiza a negociação saudável e necessária da interlocução médico-cuidador e médico-criança e subestima, ou mesmo ignora, as vivências socioculturais das pessoas atendidas. Não reconhece, sobretudo, a criança como sujeito.

Quando a criança é pequena, sem o domínio da expressão verbal, as informações são basicamente fornecidas pela cuidadora e, neste caso, as interlocuções acontecem, fundamentalmente, entre o médico e a acompanhante (geralmente a mãe). Porém, é também consenso que nesse tipo de atendimento o profissional não deveria se restringir à interação com a mãe, procurando, ao lidar com a criança, buscar, se possível, outras linguagens para entendê-la e se fazer compreender por ela e, conseqüentemente, adquirir subsídios para fechar a triangulação ali existente. Dependendo de sua maneira de comunicar, ele pode estabelecer um vínculo de confiança mais sólido, tão importante nessa relação.

Quando a criança é mais velha, o diálogo entre ela e o médico passa a existir, podendo fornecer as informações necessárias para a elaboração de um diagnóstico adequado, mesmo que estas difiram das

fornecidas pela cuidadora, de alguma forma. Se sua palavra é valorizada e sua expressão levada em conta, aumenta-se o potencial empático da relação entre o médico e a criança.

Numa situação de suspeita de violência sexual, o atendimento se complexifica. Ele se torna particularmente desafiante. Os relatos dos pacientes vêm incorporados a intensa carga emocional, sofrimento e/ou revolta e, potencialmente, provocam uma reação em quem os escuta. O profissional se depara com situações que podem ferir alguns de seus referenciais estabelecidos de integridade, moral, família, infância e sexualidade e se vê obrigado, por sua formação, a lidar com o conflito causado pelas suas reações pessoais à violência e a manter a calma, a atenção e a objetividade, aprendidas como necessárias para um bom atendimento (Maldonado & Canella, 2003).

Também, pode ser extremamente conflitante para o médico ouvir o relato de um paciente ou de seu familiar sobre um ato de violência semelhante a alguma circunstância vivenciada por ele ou por parentes próximos. Reações emocionais e morais podem mobilizar seus mecanismos de defesa, fazendo com que ele se distancie para 'melhor interpretar' os fatos ou, simplesmente, não se envolva mais do que 'acha que deveria'. Observa-se, inclusive, que nem todos os médicos conseguem realizar esse tipo de atendimento, preferindo então encaminhar o caso para um colega que se sinta mais habilitado para tal.

É consenso que a situação de abuso pode se apresentar sob várias facetas e nuances, ou seja, com o desconhecimento da responsável, com a aquiescência materna ou mesmo com a conivência desta. Perante tal situação, a tripla interação médico-cuidador-paciente não se limita apenas a uma necessidade, mas também a um tremendo desafio, e a atitude e a perspicácia do profissional serão fundamentais para identificar o abuso e sua dinâmica, o que o tornará capaz de estabelecer um vínculo de confiança e criar canais de ajuda.

A postura materna pode variar de defensiva e revoltada a agressiva e repressora, dificultando, por vezes, o acesso às informações sobre os fatos. A depender do papel que desempenha na dinâmica do abuso, pode

até adulterar as informações sobre quando, como e com quem o problema ocorreu. A criança, por sua vez, é compelida ao atendimento, se apresentando, geralmente, constrangida, envergonhada, ou até mesmo culpada e com medo de ser revitimizada, quando não ameaçada.

Devido ao agravo sofrido e ao desconhecimento das circunstâncias em que ocorreu, a literatura sugere o recurso de entrevistar a mãe e a criança em separado, na tentativa de apurar os fatos com maior acurácia, oferecer a ambas maior privacidade e liberdade para suas narrativas (Seabra & Nascimento, 1998). Nesses casos, apurar a sensibilidade, a sutileza e a habilidade do médico em conseguir estabelecer um diálogo eficiente com os atores em questão, numa linguagem própria e afetiva, despertando a confiança, é a maior tarefa que se impõe.

Sabe-se, por exemplo, que crianças com idade superior a 2-3 anos já conseguem se expressar, seja por meio de gestos, reações, desenhos, teatralizações, histórias ou mesmo frases soltas, que podem fornecer a um médico atento maiores subsídios que lhe permitam proporcionar um atendimento de qualidade (Padilha & Gomide, 2004; Mattos, 2002).

Se mais velha, a menina, ao sentir uma certa 'cumplicidade' por parte do profissional, fornecerá detalhes do acontecido que, inclusive, poderão nortear a abordagem do médico com sua cuidadora. O que a literatura indica é a importância do reconhecimento da legitimidade de seu relato. Sua palavra, seu depoimento devem ser vistos como potencialmente verdadeiros e dignos de credibilidade (Azevedo & Guerra, 1989).

A boa interação médico-paciente também produz conseqüências nas outras fases do atendimento: exame físico, coleta de materiais para exames e notificação. A criança vitimizada, já traumatizada e fragilizada pela situação de abuso, ao sentir o apoio e a confiança do profissional e ser devidamente esclarecida sobre o que será feito durante o atendimento, se deixará examinar sem que isso lhe seja traumático, permitindo a coleta de materiais pertinentes à elucidação diagnóstica e ao tratamento.

Por sua vez, uma interlocução menos assimétrica com a responsável facilitaria ao médico as explicações sobre o processo de notificação, seus objetivos e repercussões, deixando-lhe espaço para expressar suas dúvidas

e concepções. Estudos revelam que boa parte das cuidadoras não é adequadamente informada sobre o significado desse processo, até mesmo aquelas atendidas em unidades de referência (Paixão, 2003).

Confirmando essas vivências, Paixão, num estudo sobre a relação médico-paciente, entrevista cuidadoras de crianças vítimas de abuso sexual atendidas em uma unidade básica de saúde, e observa a angústia e a expectativa maternas em relação à interação com o médico: "calma, conversar com a gente, passar segurança (...). O dia que eu vim aqui nela eu estava desesperada, foi logo assim que eu tinha ficado sabendo" (Paixão, 2003:107). Foi possível perceber em alguns depoimentos o despreparo de certos profissionais durante o atendimento: "Eu pensava que ela ia assim, ela ia examinar ela (a criança), olhar para ver se ele fez mesmo. Mas ela não fez nada disso, não. Ficou conversando, só orientando. (...) Ela me confessou que não tinha prova se ele fez ou não fez algo com ela, porque não tinha sangue nem nada, entendeu?" (Paixão, 2003:90).

Não cabe aqui criticar ou justificar os motivos do comportamento de certos profissionais isoladamente, mas sim indicar as possíveis repercussões de um atendimento inapropriado. Para um atendimento humanizado de crianças sexualmente vitimizadas, é fundamental reafirmar a relevância e os benefícios de uma postura empática e atenta, desprovida de opiniões ou julgamentos, de uma escuta ampliada e respeitosa diante da situação em que se encontram as crianças, adolescentes e seus familiares, e da partilha das decisões a respeito do acompanhamento da paciente (Seabra & Nascimento, 1998; Deslandes et al., 2003). Apresenta-se também nesse contexto a necessidade de resgatar uma uniformização mínima de condutas técnicas no que concerne à prevenção, pesquisa e tratamento de DST, encaminhamentos e acompanhamentos multidisciplinares, que devem se articular.

Como preconiza a proposta de humanização da assistência, o atendimento de crianças em situação de violência sexual demanda a articulação sinérgica entre a eficiência técnica e o adequado emprego das tecnologias relacionais de acolhimento, escuta ampliada e co-responsabilidade (Brasil, 2005).

Conclusões

Como vimos brevemente neste ensaio, a relação médico-paciente vem, há décadas, sendo objeto da reflexão sociológica. Esta perspectiva disciplinar ilumina algumas das características e condições socioculturais de produção e reprodução das bases de tal relação.

O exercício da prática médica, historicamente constituído pelo viés da racionalidade cartesiana bipolar e secularmente amparada no viés da objetividade positivista, vai estabelecer um modelo cindido do cuidado. De um lado, a busca de um ideal de objetividade sem sujeito, porque científica e impessoal, calcada num modelo bastante hierarquizado cuja ordem propõe previamente aos seus agentes papéis e comportamentos modelados. De outro lado, a experiência e vivência corporal, singular e ao mesmo tempo coletiva, cultural, de quem sofre, à qual se vincula a busca de construção de sentidos para a dor e o sofrimento, assim como a expectativa de encontrar seu alívio. Nessa busca o paciente elege o médico como o interlocutor privilegiado, chamado a ser co-autor dessa reconstrução narrativa, emocional e vivencial.

Tais leituras de cunho socioantropológico também permitem ampliar o horizonte das possibilidades hegemonicamente desenhadas, trazendo à tona projetos de uma outra identidade relacional, em que médico e pacientes estabeleçam juntos uma ação comunicativa. E em que a negociação se estenda desde a incorporação de informações até a produção de sentidos compartilhados sobre o ato terapêutico.

Esse projeto comunicacional, uma vez experimentado, abre um campo importante de possibilidades para o apoio aos que sofrem, e em especial no caso de nosso foco, às vítimas de violência. Como a literatura tem afirmado, aí reside potencial para apoiar comportamentos resilientes dessas crianças e familiares (Junqueira & Deslandes, 2003). Em outros termos, para ajudar a ressignificar a violência sofrida, sem apagá-la, é certo, mas fornecendo meios para sua superação emocional e simbólica.

Certamente, ao chegar neste ponto, devemos assinalar que esses desafios e potencialidades se colocam não só para os médicos, mas para qualquer profissional da saúde diretamente envolvido na produção de cuidados.

A proposta de humanização, ao trazer a valorização do encontro, do projeto comunicacional tecido entre cuidador e paciente, e ao definir como pauta uma atenção integral centrada nas múltiplas e singulares necessidades de cada sujeito, fundada num projeto de solidariedade, responsabilidades e vínculos mútuos – portanto humanisticamente referenciada –, traz novas esperanças para aqueles que sofrem. No caso das vítimas de violência, desenha-se a promessa de encontrar nos serviços de saúde a antítese da brutalidade e da violação, seja moral, psíquica, simbólica ou física. Uma utopia necessária e possível.

Referências Bibliográficas

ADAM, P. & HERZLICH, C. As relações médico-paciente. In: ADAM, P. & HERZLICH, C. *Sociologia da Doença e da Medicina*. Bauru: Edusc, 2001.

ASSIS, S. G. et al. Violência e representação social na adolescência no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 16(1):43-51, 2004.

AZEVEDO, M. A. & GUERRA, V. N. Vitimação e vitimização: questões conceituais. In: AZEVEDO, M. A. & GUERRA, V. N. A. (Orgs.) *Crianças Vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu, 1989.

BETTS, J. Considerações sobre o que é humano e o que é humanizar. Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br>. Acesso em: 5 set. 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes de Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: normas técnicas*. Brasília: MS, 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. *Notificação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes: um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília: MS, 2002a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Brasília: MS, 2002b. (Cadernos de atenção básica, 8)

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil*. 3. ed. Brasília: SEDH/DCA, 2002c.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização. Disponível em <http://www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 20 set. 2005.

CAPRARA, A. & FRANCO, A. L. S. A. Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(3):647-654, 1999.

CAPRARA, A. & RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):139-146, 2004.

CARAPINHEIRO, G. *Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento, 1993.

CECA. CONSELHO ESTADUAL DE DEFESA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. *Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990*. Rio de Janeiro: Ceca, 1990.

CLARK, J. A. & MISHLER, E. G. Prestando atenção às histórias dos pacientes: o reenquadre da tarefa clínica. In: RIBEIRO, B. T.; LIMA, C. C.; DANTAS, M. T. L. (Orgs.) *Narrativa, Identidade e Clínica*. Rio de Janeiro: IPUB/Cuca, 2001.

CLAVREUL, J. *A Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CONANDA. CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. *Diretrizes Nacionais para a Política Integral à Infância e à Adolescência*. Brasília: Conanda, 2001.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):7-14, 2004.

DESLANDES, S. F. et al. *Famílias: parceiras ou usuárias eventuais?* Brasília: Unesco, 2003.

ENTRALGO, P. L. *La Relación Médico-Enfermo*. Madrid: Alianza Editorial, 1983.

FELIZARDO, D. *Exploração e Turismo Sexual contra Crianças e Adolescentes*. Natal: Casa Renascer, 2001. (Caderno Renascer)

FREIDSON, E. *Profession of Medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago Press, 1988.

GONÇALVES, H. S. & FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1):315-319, 2002.

HALPERN, J. *From Detached Concern to Empathy: humanizing medical practice*. Oxford: Oxford University Press, 2001.

HELMAN, C. G. *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

JUNQUEIRA, M. F. P. S. & DESLANDES, S. F. Resiliência e maus-tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1):227-235, 2003.

MALDONADO, M. T. & CANELLA, P. *Recursos de Relacionamento para Profissionais de Saúde*. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso, 2003.

MATTOS, G. O. Abuso sexual em crianças pequenas: peculiaridades e dilemas no diagnóstico e tratamento. In: FERRARI, D. C. A. & VECINA, T. C. C. (Orgs.) *O Fim da Violência Familiar: teoria e prática*. São Paulo: Ágora, 2002.

MINAYO, M. C. S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(3):646-647, 2004.

NUNES, E. D. *Sobre a Sociologia da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Informe Mundial sobre la Violencia y Salud*. Washington: OMS-OPS, 2003.

ONG, L. M. L. et al. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 40(7):903-918, 1995.

PADILHA, M. G. S. & GOMIDE, P. I. C. Descrição de um processo terapêutico em grupo para adolescentes vítimas de abuso sexual. *Estudos de Psicologia*, 9(1):53-61, 2004.

PAIXÃO, A. C. W. *A relação médico-paciente diante do abuso sexual infantil*, 2003. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.

PÉREZ-GASPAR, M. Dinámica de la relación médico-enfermo: transferencia y contratransferencia. Disponível em: <http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html>. Acesso em: 24 ago. 2002.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Bioética*, 10(2):51-72, 2002.

SCODELARIO, A. S. Família abusiva. In: FERRARI, D. C. A. & VECINA, T. C. C. (Orgs.) *O Fim da Violência Familiar: teoria e prática*. São Paulo: Ágora, 2002.

SEABRA, A. S. & NASCIMENTO, H. M. Abuso sexual na infância. *Pediatria Moderna*, 34(7):395-415, 1998.

TOMAZZONI, R. M. G. C. A entrevista médica. In: *Tópicos Especiais em Semiologia Médica*. Paraná: Universidade Federal de Santa Catarina, 2003. v.1.

TREZZA, E. M. C. Humanização do atendimento médico à criança. *Jornal de Pediatria*, 63(4):218-220, 1987.

VILLAR, M. A. M. & CARDOSO, M. H. C. A. Residência médica em pediatria: no campo de prática. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1):329-339, 2002.

Parte III

Humanização nos Cuidados de Saúde da Mulher

13 Humanização da Assistência à Saúde das Mulheres: uma abordagem crítica de gênero

Regina Helena Simões Barbosa

Pretendemos discutir aqui o tema da humanização da assistência à saúde das mulheres em uma ótica crítica de gênero. Afinal, as tensas e conflituosas relações entre ciência médica e corpo feminino conformam um campo no qual historicamente vêm se exercendo relações de poder, opressão e controle político sobre as mulheres. Dialeticamente, porém, sua resistência à opressão e à exploração, particularmente no que diz respeito ao corpo e à saúde, vem gerando novas propostas e práticas de saúde que indicam radicais transformações nos modelos assistenciais vigentes.

Assumimos, como referencial conceitual para esta análise, a premissa filosófica da indissociabilidade entre vida material e simbólica, o que nos leva a não desvincular a análise dos processos que constroem uma representação hegemônica da saúde e da feminilidade dos processos materiais – econômicos, sociais e políticos – que inscrevem as mulheres, seus corpos e saúde em um sistema social que explora o trabalho feminino, reprodutivo e produtivo, no sentido de maximizar suas vantagens. Com base nesse referencial, as relações sociais entre os sexos serão dialeticamente compreendidas como uma dimensão das relações sociais, sendo que estas, por seu lado, não perdem sua dimensão sexuada. Postula-se aqui, portanto, a transversalidade entre as relações sociais, de gênero e raciais/étnicas

(Saffioti, 1992; Giffin, 2002; Brito, 2000; Kergoat, 1996; Simões Barbosa, 2001), o que implica considerar que não existe uma categoria 'Mulher' universal, mas mulheres situadas na classe social e na raça/etnia, com diferentes – e desiguais – experiências de vida e possibilidades objetivas de (auto)realização.

Entendendo que o princípio da humanização diz respeito não só às mulheres, mas a todos os brasileiros e brasileiras, nosso objetivo, com este trabalho, é contribuir para a real efetivação de uma assistência à saúde humana e integral. A nosso ver, no Brasil, o direito à saúde ainda continua a ser um ideal a ser conquistado. Para além de suas macrodimensões políticas, econômicas, sociais e jurídicas, a luta pela saúde tem importante interface com a qualidade da assistência. Esta, por seu turno, guarda forte relação com os princípios da integralidade e da eqüidade, os quais são incompatíveis com o atual modelo assistencial, calcado na crescente tecnologização, medicalização e mercantilização do corpo, da saúde e da vida humana. Como afirmam Puccini e Cecílio (2004:1.351), "Integralidade e cuidado reúnem, portanto, em um mesmo princípio, uma nova tendência de reconhecimento do outro, um direcionamento da materialização do direito à saúde que não é mais a simples soma aritmética de aspectos técnicos das ações de saúde".

O Ministério da Saúde (MS) reconhece o quanto é paradoxal a necessidade de diretrizes e programas para se (re)humanizar uma dimensão tão inextricavelmente humana como a saúde (Brasil, 2004). Como as ciências sociais vêm há muito mostrando, o processo saúde e doença remete a dimensões fundamentais da vida humana, colocando em xeque desde as desiguais e injustas relações sociais, incluindo-se as de gênero e as raciais/étnicas, que solapam o direito à saúde da maioria das populações do planeta, até o complexo entrelaçamento entre história, cultura e subjetividade que se materializa nas formas como os diferentes grupos sociais lidam com o corpo, a saúde e a doença (Minayo, 1992). Deste ponto de vista, a interdisciplinaridade no campo da assistência à saúde é uma necessidade inadiável e está intimamente conectada às demandas pela integralidade e humanização.

A discussão de princípios, modelos e programas assistenciais situa-se, além do campo conceitual, também no terreno ético e político, o que exige posicionamentos. Na medida em que há em jogo uma diversidade de entendimentos sobre a humanização, há que se definir uma posição sobre este conceito ou princípio norteador da assistência à saúde. No mesmo sentido de Puccini e Cecílio (2004), entendemos que a proposta de humanização da assistência à saúde é resultante do anseio e das lutas pela saúde empreendidas pela população brasileira, aí incluídos os movimentos de mulheres e de profissionais da saúde, estes últimos atores sociais que também resistem, em sua maioria, à crescente mercantilização e desumanização da assistência à saúde. Eles serão aqui considerados protagonistas fundamentais para quaisquer transformações pretendidas nesse conflituoso cenário de disputas e enfrentamentos políticos.

Para além de um ideal idealizado e romantizado a ser alcançado mediante esforços 'humanistas' individuais, a humanização será aqui entendida como uma arena de embates políticos entre poderosos interesses econômicos, científicos e culturais que disputam hegemonias. Ou seja, em nossa visão, a discussão da humanização não pode estar apartada da compreensão de um sistema social – o capitalismo em sua etapa neoliberal – que crescentemente 'desumaniza' e mercantiliza os indivíduos, seus corpos e relações sociais.

A disputa política/ideológica entre visões diferenciadas sobre a assistência à saúde – como, por exemplo, a que reconhece a saúde como direito de cidadania e dever do Estado ou, em contraposição, aquela que a vê como um bem de consumo a ser adquirido no mercado e acessível apenas aos que podem comprá-la – trava-se, e se reflete, em várias esferas e dimensões da vida social: no campo macroestrutural dos determinantes econômicos e políticos que afetam diretamente as políticas públicas de saúde e, com isso, os investimentos materiais necessários para assegurar a qualidade, a integralidade, a humanização e a eqüidade na assistência à saúde; no campo epistemológico-conceitual, no que tange aos paradigmas hegemônicos que orientam a construção do conhecimento em saúde e, correlatamente, informam os modelos e práticas assistenciais vigentes; e,

por fim, também na dimensão da cultura, em que preconceitos e ideologias, inclusive as historicamente entrelaçadas ideologias médica e de gênero, reproduzem, nas práticas cotidianas dos serviços de saúde, mecanismos simbólicos/pedagógicos que perpetuam desigualdades sociais, de gênero e raciais/étnicas (Simões Barbosa, 2001).

Para subsidiar a discussão da humanização na perspectiva proposta, relacionaremos a assistência à saúde e, particularmente, à saúde das mulheres, ao cenário macroestrutural das políticas de saúde vigentes, no sentido de problematizar e questionar a viabilidade das propostas de humanização e de integralidade em meio às políticas neoliberais em curso. Afinal, como Puccini e Cecílio (2004) alertam, não podemos dissociar a discussão da humanização na assistência à saúde das condições materiais objetivas para sua realização.

Posteriormente, traremos brevemente à cena as históricas relações entre o sistema (bio)médico de saber-poder e a assistência à saúde das mulheres, problematizando-o em sua funcionalidade político-ideológica ao sistema capitalista. Esta discussão tem por objetivo revelar a estreita e orgânica colaboração da ciência médica e, correlatamente, do aparato político-institucional de saúde, na construção e reprodução das ideologias de gênero que, em aliança com a ideologia médica, vêm reproduzindo e atualizando, mesmo no interior do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o ideal da mulher-reprodutora-mãe.

Por fim, para ilustrar os limites mas também as potencialidades que permitem antever as transformações almejadas na assistência à saúde das mulheres no sentido da integralidade e da humanização, apresentaremos dados de uma pesquisa qualitativa que investigou as relações entre profissionais da saúde e gestantes HIV+ em um programa voltado para a prevenção da transmissão vertical do HIV, captando, no cotidiano das práticas de saúde, as formas, explícitas ou sutis, como ideologias se atualizam e se reproduzem (Simões Barbosa, 2001). Por outro lado, o enfoque dialético adotado também permitiu identificar, entre os profissionais da saúde, resistências e anseios por transformações nesse modelo assistencial que, de muitas formas, também os avilta e desumaniza.

Como advogaremos aqui, esses atores sociais são fundamentais para viabilizar propostas para um trabalho em saúde integral e integrado, humano e baseado em relações de cuidado, acolhimento e solidariedade, o que torna este campo uma arena de lutas e disputas com imenso potencial para transformações.

Estado Neoliberal, Políticas de Saúde e a Assistência à Saúde das Mulheres: integralidade ou desintegração?

A assistência à saúde das mulheres é um campo que ilustra exemplarmente o quanto programas, documentos e declarações não são suficientes para mudar substancialmente os modelos assistenciais, as práticas em saúde e, em última instância, o próprio cenário de saúde da população. Afinal, no cerne do pioneiro, mundialmente reconhecido e celebrado Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), implementado como modelo para a assistência à saúde das mulheres brasileiras desde 1983, estão definidos os marcos conceituais e educativos para uma assistência à saúde baseada no princípio da integralidade e apoiada em práticas educativas horizontais e dialógicas. Nos termos dessa concepção, que busca superar o tradicional enfoque materno-infantil, as usuárias são consideradas, junto com os/as profissionais da saúde, como sujeitos de um processo de reflexão que almeja conscientização e transformação de situações de opressão que, entre outras questões, afetam diretamente a saúde (Giffin, 1995).

No entanto, a despeito de quase duas décadas desde sua definição, o PAISM ainda é um ideal a ser conquistado, o que revela a (ainda) enorme distância entre programas e a realidade sanitária e assistencial.

Como adverte Almeida (2000), o retraimento de investimentos públicos no setor Saúde vem afetando profundamente a qualidade da assistência à saúde, o que inclui os princípios da integralidade e da humanização, os quais exigem investimento de recursos para sua concretização. Segundo essa autora, no contexto do Estado neoliberal, em

que o mercado regula demandas e necessidades da sociedade, as políticas de saúde têm se voltado, particularmente nas últimas décadas, para a redução do gasto público em saúde, paralelamente à crescente privatização deste setor, entre outros. Concomitante, ocorre uma precária e limitada focalização da assistência nos grupos mais 'vulneráveis' (Laurell, 2000). Nesse contexto, a racionalização da assistência médica por meio do aumento da eficiência e eficácia na utilização de recursos, numa perspectiva tecnicista aparentemente neutra e utilitária, é apontada como a única saída possível para a resolução da 'crise' do setor Saúde (Almeida, 2000).

O PAISM, como todo o Sistema Único de Saúde (SUS), vem sofrendo com os problemas decorrentes da falta de financiamento que inviabiliza, entre outras, ações articuladas e integrais, no que diz respeito tanto à assistência ao ciclo gravídico-puerperal quanto aos outros problemas de saúde das mulheres, inclusive aqueles não relacionados à esfera reprodutiva.

Indicadores da saúde feminina mostram que se por um lado aumentou a cobertura assistencial, por outro também aumentou a medicalização iatrogênica, como revelam as inadmissíveis taxas de partos cesáreos. Estudos mostram internações desnecessárias e/ou de qualidade precária, procedimentos agressivos e desnecessários (como esterilização em massa de mulheres jovens), além da persistente dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde para milhares de brasileiras (Silver, 1999).

Paralelamente, o acesso precário a métodos contraceptivos comuns, as inaceitáveis taxas (estimadas) de morbimortalidade por abortos clandestinos e de mortalidade materna, entre outros indicadores, revelam um cenário, no mínimo, preocupante (Costa, 1999; Aquino, Araújo & Marinho, 1999; Lowndes, 1999; Molina, 1999; Melo & Tanaka, 1999). Como denuncia Oliveira (2001:8), "A mortes maternas traduzem com fidedignidade as condições de assistência oferecidas às mulheres que, em pleno exercício de sua capacidade reprodutiva, repentinamente, se tornam vítimas da falta de qualificação, da desorganização e da desarticulação do sistema de saúde".

Diante desse cenário e das propostas de humanização da assistência à saúde das mulheres, há que se recolocar algumas (im)pertinentes

perguntas: que recursos públicos estão sendo investidos no SUS e, particularmente, no PAISM, de forma a se garantir a integralidade e a qualidade na assistência à saúde, inclusive a humanização das práticas de saúde? Há possibilidades reais de mudanças nos modelos assistenciais em saúde na vigência de um modelo econômico desumano que segue privilegiando os interesses de setores financeiros multinacionais, particularmente da indústria farmacêutica, promovendo a concentração de renda, aprofundando a política de privatização de setores sociais, inclusive o de saúde, sangrando os recursos do país no pagamento de juros das dívidas externa e interna, o que não deixa 'sobras' para quaisquer políticas sociais, eliminando postos de trabalho e empurrando milhões de trabalhadores/as para a informalidade e para a 'desproteção' social? Com relação aos processos de trabalho em saúde, e tendo em vista que os profissionais do setor são atores fundamentais para as transformações almejadas pelas propostas de humanização, como esperar que estes estejam motivados para as mudanças preconizadas quando se defrontam com o achatamento salarial em curso, as cada vez mais precárias condições de trabalho, os processos de terceirização e precarização do trabalho em saúde, entre outras adversidades que caminham na contramão da qualidade, da integralidade e da humanização da assistência à saúde?

Respostas para essas indagações não são simples nem unívocas, mas, certamente, apontam para o engajamento político da sociedade civil na luta por transformações mais amplas e profundas, tal como sinalizado por Giffin (2002:110): "a resolução de problemas de pobreza e eqüidade não pode ser concebida apenas em termos setoriais, sem um pacto político amplo, capaz de reivindicar mudanças na política econômica e na forma de a conduzir".

As Ideologias Médica e de Gênero Atualizadas

Historicamente, o corpo feminino tem sido um *locus* no qual incidem políticas de controle sobre a reprodução social, e o sistema de saúde tem sido um poderoso aliado do Estado e dos poderes hegemônicos na consecução

dessas políticas (Simões Barbosa & Casanova, 2004; Besse, 1999).

Com o advento do capitalismo, o corpo das mulheres tornou-se crescentemente objeto de saber e prática da medicina e seu aparato institucional (Xavier, Ávila & Correa, 1989; Besse, 1999). Os processos de medicalização apoiaram-se na tese 'científica' de uma natureza biológica feminina, baseada em uma condição que é social: ser 'mãe'. Daí decorreram as construções simbólicas/ideológicas que, exaltando a maternidade e o instinto maternal, justificaram a divisão sexual do trabalho com base nos atributos 'naturais' das mulheres para a vida doméstica/reprodutiva, argumento essencial para a reprodução das desigualdades de gênero na sociedade capitalista (Besse, 1999).

Mesmo com a crescente medicalização da reprodução, determinadas questões continuam a ser representadas como 'naturais', afeitas a uma 'essência biológica' feminina, evidenciando a persistência e a atualização da ideologia médica.

Paradoxalmente, mesmo quando os serviços de saúde procuram implementar o modelo do PAISM, as hierarquias do poder médico ainda se sobrepõem às intenções emancipatórias deste programa. D'Oliveira e Schraiber (1999), por exemplo, identificaram o tenso e contraditório exercício do poder médico em ações educativas orientadas pela perspectiva de gênero do PAISM. Ao analisarem a interação entre mulheres profissionais da saúde e usuárias em grupos educativos em uma unidade de saúde de São Paulo, as autoras observaram o quanto o mundo real das pacientes não correspondia aos modelos ideológicos que o programa preconiza: a mulher moderna, independente, que dialoga com o parceiro e exige seus direitos. Como observaram, muitas usuárias não queriam questionar seus companheiros, pois deles dependiam. Outras, por não problematizarem as hierarquias de gênero e a divisão sexual do trabalho, não sentiam necessidade de transformar suas relações. Ou seja, estavam ali em jogo códigos e valores sociais, morais e culturais – em síntese, ideológicos – que não eram considerados pelo discurso técnico-profissional.

Paradoxalmente, portanto, é no próprio PAISM que o modelo biomédico pode ser captado em suas várias nuances: conceitualmente

libertário, ele se transmuta em novas formas de imposição de valores e modelos de identidade; o diálogo e a troca que deveriam orientar a prática educativa, a despeito das 'boas' intenções e embora almejando o fortalecimento das mulheres, reproduzem uma autoridade profissional que, no limite, inviabiliza a prática dialógica, acolhedora e igualitária pretendida.

Maternidade no Contexto da Aids: quando a reprodução se torna problemática

Com o surgimento da epidemia de Aids, na penúltima década do século XX, (re)emergem antigos e novos dilemas associados à reprodução, e conseqüentemente, à maternidade. Muitas gestantes que se descobrem soropositivas desejam continuar a gravidez, pois a perspectiva de um filho pode representar, nessa situação, uma esperança e um alento de vida (Cabral, 1997).

Mais recentemente, o protocolo ACTG 076[1] instaurou um novo momento da relação médico-gestante HIV+: 'salvar' o bebê tornou-se uma missão que, no limite, não deixa margem de escolha para as mulheres que não desejam ter esse filho, geralmente devido ao temor de contaminá-lo. Por outro lado, persiste, nos serviços de saúde, a posição de interditar a maternidade para as mulheres HIV+ que desejam engravidar (Simões Barbosa & Casanova, 2004), o que expõe a persistência da autoridade médica sobre as decisões reprodutivas e, correlatamente, o não-reconhecimento das mulheres como sujeitos de decisões reprodutivas.

Na prevenção da transmissão vertical (TV) do HIV, as iniciativas implementadas na rede pública de saúde foram importantes mas não suficientes para alcançar e beneficiar a maioria das portadoras do HIV e seus filhos. A razão reconhecida é que muitas mulheres ainda têm filhos sem terem acesso à assistência pré-natal ou, na melhor das hipóteses, ingressam tardiamente no programa, o que impede que sejam beneficiadas pela detecção precoce do HIV (Melo & Villela, 1999). Porém, não está sendo discutido nem reconhecido o fato de que a intervenção medicamentosa para a prevenção da TV pode trazer conseqüências deletérias para as próprias

mulheres HIV+, pois o uso de anti-retroviral na gestação pode provocar o desenvolvimento de vírus resistentes e dificultar o controle futuro da infecção na mulher.

Esse é, portanto, um campo privilegiado para se apreenderem as estratégias medicalizadoras da reprodução nas quais ideologias, médica e de gênero, se atualizam. Porém, é também nesse campo que encontramos contradições, conflitos e resistências dos profissionais da saúde diante de um modelo de trabalho que não considera delicados e sensíveis aspectos humanos que perpassam a assistência à saúde, como é o caso da vivência de um diagnóstico para o HIV em meio a uma gravidez.

No intuito de revelar, na práxis cotidiana da assistência à saúde, como essas complexas questões estão se colocando para os profissionais da saúde, e como estes estão lidando com elas, apresentaremos, a seguir, alguns dados de uma pesquisa realizada em um serviço público de saúde voltado para a prevenção da TV em que se revelam as contradições desse modelo assistencial e, na contraface da questão, o anseio dos profissionais da saúde por uma assistência integral e humana (Simões Barbosa, 2001).

Integralidade e Humanização do Trabalho em Saúde: contradições, anseios e potencialidades

A pesquisa teve como objetivo captar e compreender o modo como as ideologias de gênero e médicas, historicamente entrelaçadas, atuam na intermediação e conformação das relações entre as gestantes HIV+ e os serviços de saúde, delimitando as formas como as mulheres são percebidas e assistidas. Afinal, na prevenção da transmissão vertical do HIV, o foco de preocupação continua sendo a criança, para quem se voltam os esforços 'salvacionistas'. Porém, em consonância com o referencial dialético adotado, postula-se que a ideologia não opera consensualmente e que os indivíduos, sujeitos sociais e de gênero, adotam estratégias de acomodação e resistência diante de situações de opressão (Anyon, 1990) por meio das quais retraduzem e reelaboram, muitas vezes de formas conflituosas e/ou contraditórias, sentidos para suas vidas. São esses conflitos e contradições

que puderam ser captados nos discursos e nas práticas desses profissionais da saúde e que revelam potenciais e possíveis transformações rumo à integralidade e à humanização da assistência à saúde das mulheres.

O estudo, de natureza qualitativa e com enfoque hermenêutico-dialético (Minayo, 1992; Thompson, 1995), adotou duas técnicas que, complementarmente, permitiram o confronto entre discursos e práxis: a observação participante (OP) das atividades assistenciais e entrevistas individuais semi-estruturadas com todos os profissionais da equipe, totalizando sete entrevistas (três médicos – dois infectologistas e um obstetra –, duas enfermeiras, uma psicóloga e uma auxiliar de enfermagem). Apenas um médico era do gênero masculino.[2] O *locus* da pesquisa foi um programa de assistência às gestantes HIV+ localizado em um hospital público do Rio de Janeiro que adotava o protocolo ACTG 076.

É importante mencionar que integrantes dessa equipe criaram uma organização não-governamental (ONG) com o exclusivo objetivo de angariar recursos para suprir as gestantes mais carentes em aspectos essenciais ao sucesso do tratamento, tais como leite artificial e um modesto enxoval para o bebê[3] e cestas básicas para as mulheres, além de medicamentos coadjuvantes não fornecidos pelo governo, vale-transporte para as consultas, cartão telefônico e outras necessidades prementes que garantem, no limite, a adesão das pacientes mais pobres ao tratamento. Essas dramáticas questões perpassam o cotidiano dessa assistência e são fonte permanente de estresse e desgaste para a equipe, como se verá adiante.

Através da OP, passamos três meses acompanhando cotidianamente todas as atividades assistenciais do programa, formais e informais,[4] quando pudemos apreender algumas questões importantes, que serão apresentadas adiante.

Os temas abordados nas entrevistas foram: representações de gênero, a maternidade, a gravidez HIV+, dilemas éticos relacionados às decisões reprodutivas e, por fim, a avaliação crítica da assistência à saúde, do programa em questão e das políticas de saúde vigentes no país.

Com a finalidade de subsidiar a discussão do tema da humanização na assistência à saúde das mulheres, elegemos, para este trabalho, alguns

aspectos das práticas cotidianas captadas através da OP e confrontadas com os dados das entrevistas, quando esses profissionais expuseram o 'outro lado da moeda': suas percepções, emoções e vivências subjetivas relacionados a este trabalho, geralmente não demonstradas, e muito menos compartilhadas, nos espaços coletivos de trabalho; suas posições críticas sobre o modelo assistencial e as (deficientes) políticas de saúde; por fim, seus anseios e propostas que se voltam para a integralidade e a humanização do trabalho em saúde.

Reprodução de ideologias médica e de gênero: a expectativa da 'boa' mãe

Os profissionais entrevistados reconheceram, consensualmente, que a grande recompensa de seu trabalho é a soronegativação dos bebês. Mas, e as mulheres, estarão sendo consideradas em suas necessidades de vida e saúde? Estarão sendo estimuladas a buscar tratamento para si próprias depois que o bebê nasce? Diante de tais indagações, confrontadas com a observação das práticas, foi possível captar a permanência e atualização das ideologias médica e de gênero na assistência à saúde das mulheres HIV+, mas também, dialeticamente, as resistências a elas.

Embora todos os entrevistados tenham se declarado comprometidos com a saúde das mulheres assistidas, estimulando-as a cuidarem de si próprias, o argumento final era sempre o de 'estar bem para cuidar do filho', como expresso na fala de uma entrevistada:

> *A gente não quer apenas um neném saudável, mas uma mãe bem, cuidando dele. É por aí.*

A fala de duas profissionais que coordenavam o grupo de gestantes expressa nuances diferenciadas, possivelmente em função de seu contato mais estreito e íntimo com as pacientes no âmbito do trabalho grupal. Uma delas confirma que o ganho maior,

> *no final dessa história, [é] você ver que essa mulher que entrou, essa mulher está saindo. E está saindo com essa criança soronegativa. Isso é o grande ganho.*

Outra entrevistada, ao relatar o teor de seu aconselhamento com as mulheres assistidas, explicita como procura estimulá-las a se cuidarem:

> *...que ela tem muito que fazer tanto por ela quanto por ele [o filho]. E mesmo que ele negative, ela não pode deixar de se tratar, não pode deixar de se cuidar porque... por ela mesma, por ela enquanto mulher, e porque também, principalmente agora, porque também tem um filho que depende dela, né?*

Como pudemos perceber, a ideologia da maternidade está fortemente presente nesse programa. As mulheres, para esses profissionais, são, antes e acima de tudo, mães. E devem se provar "boas mães" com o seu engajamento no difícil tratamento oferecido. É como se eles esperassem das pacientes o retorno de todos os seus esforços em prol do bebê: "nós fizemos a nossa parte: negativamos seu bebê. Façam agora a sua parte, sejam boas mães" parece ser a mensagem subliminar.

Merece destaque a corajosa posição crítica assumida pela obstetra que, ao colocar em xeque a problemática questão ética do protocolo ACTG 076, admite que se secundariza a saúde das mulheres em prol do bebê. Na contradição 'mulher x bebê', ela 'constata' que as mulheres não são, e não serão, prioridade para as ações preventivas e curativas. Porém, reconhece que há uma contrapartida nessa questão: ter um filho saudável torna as mulheres mais felizes e, portanto, mais saudáveis, o que não pode ser minimizado.

Evidentemente, este é um ponto central da discussão: a maternidade é, indiscutivelmente, uma das experiências de vida mais significativas para as mulheres, mesmo em contextos tão adversos de pobreza e doença. Não se pode minimizar seu significado nem para as pacientes e nem para os profissionais da saúde. O que está sendo colocado em foco é uma postura que naturaliza o feminino com base na maternidade, destituindo as mulheres de suas questões e necessidades próprias e não lhes reconhecendo o direito de decidir.

A (ausência de) integralidade na assistência à saúde das mulheres

Como pudemos constatar, a despeito de a equipe ser multiprofissional e de um discurso sobre o trabalho integral e integrado, seu processo de trabalho é segmentado, desarticulado e descontínuo em vários níveis, como veremos.

O frenético ritmo cotidiano da assistência é pautado por uma 'corrida contra o tempo', na medida em que grande parte das gestantes chega ao serviço com um resultado HIV+ já no fim da gestação. Em meio ao desgaste emocional gerado por essa situação, os profissionais têm que 'explicar' a uma mulher atordoada e impactada pela notícia do teste o significado de uma gestação HIV+ para o bebê, explicar os riscos e benefícios do tratamento ACTG 076, conversar com o parceiro (quando este está presente) e, quando é o caso, aconselhá-lo para a testagem, obter do casal o consentimento para iniciar imediatamente o protocolo (lembre-se de que esse tratamento deve, idealmente, ser iniciado no primeiro trimestre da gestação), apresentar termo de consentimento para a paciente assinar, solicitar exames confirmatórios, abrir prontuário etc.

Assim, como exercer, nesse contexto, um trabalho humano, que ofereça escuta, acolhimento e conforto, tão necessários numa situação como essa? Ressalte-se que a equipe tenta minimizar e corrigir falhas na cadeia de ações de saúde que deveriam estar sendo desenvolvidas em outros âmbitos e níveis assistenciais, desde o trabalho educativo que poderia evitar a infecção das mulheres até o fornecimento do resultado do teste anti-HIV no início da gestação, como preconizado pelo protocolo ACTG 066. Além disso, devido à precária infra-estrutura institucional, os profissionais são obrigados, para viabilizarem o tratamento em tempo hábil, a buscar ou levar pessoalmente, em outros setores da instituição, resultados de exames, prontuários etc., o que também lhes 'rouba' um precioso tempo em que poderiam estar acolhendo e confortando a paciente.

Uma das questões exploradas nas entrevistas foi a (auto)avaliação desses profissionais acerca do trabalho em equipe, o propalado trabalho 'multiprofissional', quando se exploraram os significados de um trabalho coletivo e integrado e as limitações para sua execução. Afinal, este é um

ponto central para a análise crítica do modelo biomédico, que instaura um processo de trabalho segmentado e apoiado em hierarquias de poder que dificultam a integração entre diversas categorias e especialidades profissionais.

Através da OP, ficou evidenciado que essa equipe, embora se proponha e se declare multiprofissional, não atua de forma integrada: não há reuniões de equipe e os (muitos) problemas que surgem, no corrido dia-a-dia, são apressadamente discutidos e encaminhados nos corredores. Dessa forma, nesse alucinante ritmo, nunca sobra 'tempo' para reuniões ou discussões sistemáticas sobre o trabalho empreendido.

Nas palavras de uma profissional que assume crítica contundente à segmentação imposta pelo modelo biomédico,

> *...equipe em que as pessoas têm objetivos, posturas e práticas que têm a ver com o grupo, e que, portanto, haja discussão rotineira, livre, em que as pessoas tenham boca e ouvido, e que se tenha um programa permanente de atualização das coisas e revisão, [...] isso não tem.*

O modelo biomédico – da atenção clínica individual, curativa e tecnicista – está aqui claramente configurado, pautando o cotidiano desse serviço e as condutas dos profissionais. Assim, cada qual tem sua atribuição específica: o obstetra deve cuidar da gestante e do feto, zelando pelo bom curso da gestação, de forma a garantir o nascimento de uma criança saudável; o infectologista deve monitorar o tratamento da gestante com o objetivo de minimizar a soroconversão do bebê; à enfermagem, por seu turno, cabe ensinar os cuidados especiais que a mãe deverá ter com o recém-nato (como a técnica de secagem do leite e a administração do xarope de AZT ao bebê, por exemplo), fornecer as medicações, preencher formulários e outras rotinas burocráticas afins; por fim, para a psicologia ficam as questões de ordem 'psíquica e/ou emocional' e, no limite, o ingrato papel de mediar e resolver – no sentido de 'enquadrar' nas regras do tratamento – as difíceis (e, por vezes, rebeldes) pacientes que têm uma vida 'desregrada'.

Na avaliação (auto)crítica de uma entrevistada, médica, opera-se um processo de segmentação do profissional, do processo de trabalho e das pacientes. Em suas palavras,

> *Ela [a paciente] vem aqui e me fala da questão orgânica, e vai no outro [profissional] e fala de outra coisa. E essas coisas não se cruzam. Mas nela [paciente] cruzam!! Mas eu acho óbvio que tinha... sim, claro, sem dúvida!... que é a questão de ver integralmente a pessoa. E numa situação [Aids] que é ainda estigmatizante, que derruba o ego das pessoas, e que tem repercussão por causa disso – para ela e para os outros, o que certamente tem a ver com o espalhamento do problema –, é óbvio que tinha que ter um suporte grande para as equipes nesse sentido.*

Expressa-se, nesse significativo depoimento, a necessidade premente dos profissionais da saúde de resgatarem, além da integralidade na atenção à saúde, a sua própria integridade como sujeitos de um trabalho que lida com questões humanas tão delicadas e sensíveis.

Uma ilustrativa auto-reflexão de uma entrevistada é emblemática. Ao surpreender-se com o teor das perguntas colocadas pela pesquisa, a profissional constatou, perplexa, que deveria estar permanentemente refletindo sobre essas questões no seu espaço de trabalho. Em suas palavras,

> *Interessante que você [entrevistadora] faz perguntas que eu deveria estar me fazendo sempre, né? E eu não me faço. É um absurdo, né? [....] Você não estar se perguntando [essas] coisas, né?*

Vários entrevistados constataram que os profissionais da saúde, em geral, não estão preparados para lidar com o sofrimento e a dor. A fala de uma entrevistada deixa entrever uma postura crítica a um modelo tecnicista, objetivo e 'neutro', que reduz as respostas do serviço às experiências humanas da doença e do sofrimento a uma intervenção técnica:

> *Mas, de uma maneira geral, as pessoas não querem lidar com isso [o sofrimento]. Porque também é sofrimento pro profissional. Então, ele não quer lidar. É mais fácil ele atender, ele passar o remédio e... quer dizer, o sentimento dele é que ele fez alguma coisa por aquela pessoa. Mas eu acho que essa escuta profissional... essa escuta [emocional] ainda é muito limitada nos profissionais em geral.*

Paradoxalmente, essa psicóloga, em tese encarregada de acolher as demandas psíquicas/emocionais, não consegue trabalhar, nas reuniões do

grupo de gestantes, os difíceis e complexos problemas familiares, afetivos, sexuais e conjugais trazidos pelas pacientes. Como pudemos observar na etapa de OP, o grupo se reúne numa salinha onde não há privacidade e as interrupções são freqüentes, o que não facilita a exposição de questões mais íntimas e delicadas. Quando estas inadvertidamente irrompem no grupo, as profissionais geralmente não estimulam o debate e aprofundamento das (difíceis) situações trazidas pela pacientes. É como se, na impossibilidade de abordar adequadamente problemas tão delicados, fosse melhor não falar sobre eles.

Sua conclusão a respeito desse aspecto da assistência é emblemática: pensa que a equipe deveria receber suporte emocional para aprender a lidar com tantas contradições e não segmentar os indivíduos em dimensões orgânicas, psíquicas e sociais. A integralidade, portanto, deveria começar, em sua visão, com a integração entre os próprios profissionais para, então, abarcar as pacientes.

Outra entrevistada também reivindica suporte emocional para os profissionais da saúde pois, como diz,

> *a gente está lidando muito de perto com isso e nem sempre também... a gente tem nossos problemas pessoais, nem sempre você está bem pra, naquele momento, você estar ali [com a paciente]. E tem dias que você está mais sensível, menos sensível, e você acaba, às vezes, ficando assim...[...] É complicado, né?*

Porém, sua análise não se prende somente ao âmbito individual e subjetivo do profissional. Também identifica, para além do âmbito da doença, do sofrimento e da dor, a necessidade de espaços de convivência prazerosos, descontraídos e lúdicos, que facilitariam o compartilhamento solidário das emoções e sentimentos vividos no âmbito do trabalho em saúde e favorecem, em última análise, a promoção da vida e da saúde entre os próprios profissionais da saúde. Em suas palavras,

> *Interessante seria que os profissionais também tivessem um momento pra... não sei, pra relaxar, pra conversar, pra chorar, pra rir, pra fazer qualquer coisa que você... dividir o que está vivenciando ali.*

No mesmo sentido, outra entrevistada estende sua crítica a um modelo assistencial que, como percebe, não deixa espaço para o acolhimento das dimensões subjetivas da experiência humana em decorrência da falta de tempo, da sobrecarga de trabalho, das inúmeras e urgentes necessidades que se sobrepõem constantemente aos (im)possíveis momentos de escuta das questões subjetivas trazidas pelas pacientes. Aliás, essa queixa foi levantada, com diferentes nuances, por quase todos os entrevistados. Eles têm consciência de que a corrida contra o tempo, na maioria dos casos que cotidianamente ali chegam, é uma questão de vida ou morte.

Alguns eloqüentes depoimentos ilustram a angústia por não poderem oferecer um conforto emocional para as pacientes:

> *Porque você dá o diagnóstico e ela tem que fazer o exame, e ela pega isso, pega aquilo, entrega aquilo, entendeu? Às vezes, você tá explicando e a menina [paciente] tá chorando, você não pode... Às vezes, eu tenho vontade de parar, pôr no colo, ficar ali uma meia hora até ela poder pensar de novo, né? [...] Às vezes, na medida do possível, a gente tenta fazer, mas tem outras coisas [a serem providenciadas]. Elas têm que fazer o exame rápido, têm que trazer, têm que pegar, não sei o quê, entendeu? Mas eu sinto falta, assim... [de ter mais tempo], entendeu?*

> *...[o profissional fica] que nem louco, o tempo inteiro correndo. Você tem que dar uma dose [de medicação anti-retroviral] que tem vários efeitos [colaterais], tem que colher exame, tem que acompanhar o filho, tem não sei o quê.*

Como pudemos constatar, os aspectos humanos da assistência à saúde estão, em suas várias nuances, atravessados pelas carências, pela desorganização e pela desarticulação do sistema de saúde como um todo, o que, no limite, reflete políticas de saúde que não estão investindo na qualidade, na integralidade e na humanização. Como veremos a seguir, os profissionais expressam consciência crítica acerca dessas questões, e se posicionam.

Serviços de saúde, pobreza e ausência do Estado

No campo das políticas de saúde, os entrevistados, com uma diversidade de enfoques, análises e interpretações, colocaram em xeque os limites do modelo biomédico, das políticas de saúde, do modelo assistencial e, por fim, revelaram o quanto as ações de saúde são limitadas diante das condições de pobreza da população, o que revela a necessidade urgente e inadiável de políticas públicas universais e articuladas, única via para se fazer frente a problemas e carências dessa magnitude.

Como pudemos constatar, esses profissionais não são, de nenhuma forma, indiferentes às necessidades sociais das pacientes: basta lembrar a ONG criada e sustentada por alguns membros da equipe e que se mantém 'exclusivamente' com seu trabalho voluntário, o que significa, na prática, uma sobrecarga de trabalho. Isso mostra que outros suportes sociais necessários para o enfrentamento dessa situação são, no nível das políticas públicas, insuficientes ou inexistentes. Como a própria equipe percebeu, apenas a intervenção medicamentosa em prol da prevenção da TV não está sendo suficiente para garantir bons resultados (neste caso, baixas taxas de TV). Se esses suportes sociais não estivessem sendo oferecidos às gestantes, provavelmente as taxas de TV, assim como as taxas de adesão ao tratamento, não seriam tão animadoras.

No entanto, fica a questão de saber se esse tipo de suporte pode e deve, de fato, ser assumido em caráter voluntário – tão ao gosto das políticas neoliberais atuais –, ou se deveria ser assumido por outras esferas públicas de assistência social. Além disso, o apoio oferecido parece estar causando um 'paraefeito' contraditório: muitas mulheres podem estar engravidando novamente para garantir a continuidade da ajuda recebida. A equipe, ao refletir sobre essa complexa, delicada e difícil questão, teme que o suporte às pacientes possa estar gerando uma nova e paradoxal relação de dependência: doença-sobrevivência. Esse dilema foi expresso por vários entrevistados:

> *Porque eu não sei até que ponto alguém pode chegar assim: 'Ah, eu vou engravidar de novo porque eu vou ter cesta básica, eu não tenho o que comer hoje!'.*

Vamos supor: 'já engravidei, a criança já nasceu. Pô! Tô passando uma miséria danada. Então, se eu engravidar...'.

Quer dizer, quando a mulher chega – o que já aconteceu num grupo – dizendo: 'eu não tenho nada pra comer em casa, meu marido está desempregado'... eu acho que fome é fome, isso é uma coisa que mobiliza mesmo. E aí, não tem, às vezes, como você fazer diferente, de [deixar de] dar o que tem, entendeu?

Como podemos perceber, esse parece ser um delicado limite em que as contradições sociais 'adentram' a assistência à saúde e colocam dilemas que são insolúveis neste âmbito específico. Afinal, não cabe à equipe de saúde se responsabilizar pela assistência social às pacientes e muito menos fazer 'escolhas de Sofia'. A despeito de todos os esforços empreendidos para garantir o suporte social às pacientes, o depoimento de uma profissional evidencia os conflitos e os paradoxos a que estão submetidos, mesmo nos casos em que o alvo maior – a soronegativação do bebê – é atingido:

Por isso é que a gente acha – eu acho – que a gente tem que começar a analisar o que estamos fazendo, em relação a oferecer muita coisa, entendeu?

A respeito do impacto causado pelas imensas carências dessa clientela, uma entrevistada assumiu-se muito sensibilizada pelas situações dramáticas de sobrevivência com as quais lida. Para ilustrar, relata um caso que a deixou muito mobilizada: ao visitar uma paciente faltosa, constatou sua difícil situação de sobrevivência e comoveu-se quando viu sua filha mais velha, de apenas 7 anos de idade, responsável pela casa e pelo cuidado dos irmãos menores enquanto a mãe saía para trabalhar. Ao relatar esse caso, emocionada, desabafa:

E essa menininha, aos sete anos... pô! Tava cuidando da mãe grávida, dos irmãos, da casa... Ah, então, isso, realmente... eu fico... sabe? Fico pra morrer, sabe? De pensar, assim, nas desigualdades. Aí, eu fico pensando: o que a gente pode fazer pra melhorar um pouco mais essa... sei lá, essa pobreza, sabe?

Essa profissional admite que não foi preparada para lidar com questões tão dolorosas e difíceis. Na ausência de espaços coletivos onde possa compartilhar essas e outras sofridas experiências advindas da assistência, acha que cada profissional elabora e supera essas vivências como pode, com seus próprios recursos psíquicos/emocionais.

Por fim, alguns depoimentos mostraram o quanto a atenção médica, estritamente falando, não consegue suprir necessidades que são, muitas vezes, tão ou mais vitais para a sobrevivência das pacientes do que o tratamento propriamente dito. E mesmo na assistência médica, no sentido estrito, restam carências que, no limite, podem inviabilizar todo o esforço para a prevenção da TV. Na fala de uma médica,

> *Olha, quer dizer, o programa.... ele dá o remédio, ele dá os exames laboratoriais, mas o que eu sinto é que essa população... elas precisam, sabe?... de muito mais coisas. Tipo: você tem que ter um programa de leite pra elas, né? Mas um programa que... eu acho... que desse, ao menos, sei lá, uma cesta básica, entendeu? E até de medicação. Muitas precisam de Bactrim, sulfato ferroso, né? Isso não está sendo dado...*

Outro depoimento também identificou este paradoxo: o anti-retroviral é a peça central da intervenção 'salvadora', mas faltam medicamentos básicos para tratar as recorrentes infecções oportunistas. Falta o leite em pó para que o aleitamento possa ser suspenso. Falta cesta básica para aquelas gestantes que não se alimentam adequadamente. Como desabafa uma médica,

> *Então, quer dizer, ela tem uma doença que o sistema público dá a medicação de graça, faz os exames laboratoriais, mas não dá a vinda ao hospital e [não necessariamente] os outros remédios que ela tem que tomar...*

A solução encontrada para esses impasses, segundo ela, está no tradicional 'jeitinho' solidário: 'emprestam-se' recursos de algum outro projeto ou tenta-se conseguir essas medicações em outros serviços públicos, onde se apela para a ajuda dos colegas. Afinal, não adianta oferecer o anti-retroviral se a paciente não pode se tratar de anemia, que é um 'paraefeito' desta

medicação, ou de infecções vaginais recorrentes. Sobre o fornecimento de leite, a mesma entrevistada posiciona-se de forma contundente e emocionada:

> *Eu acho que é muito duro. Eu acho que é difícil. Por exemplo, eu não teria coragem, se eu não tivesse como dar leite, de mandar não amamentar. Não teria coragem. Aliás, eu acho antiético. [...] Então, eu acho, assim, se a gente falar: 'a Senhora não pode, não deve [amamentar] porque passa o vírus', e sabendo que ela não tem condições, se a gente não prover, eu acho que é uma grande sacanagem...*

Essa profissional relata que, apesar do esforço de toda a equipe para arrecadar doações de leite, roupas, fraldas, alimentos etc., que supram minimamente as necessidades das mulheres e dos bebês, esse suporte nunca é suficiente pois, como constata, "a população tá toda desempregada...", o que significa que o que se tem feito é, nos termos da precisa expressão popular, ficar "enxugando gelo".

Considerações Finais

A tese central que este trabalho pretendeu trazer para nosso debate e reflexão é que não bastam propostas e programas bem-intencionados para mudar o atual cenário de assistência à saúde, nem das mulheres nem do imenso contingente da população brasileira que só tem o SUS como recurso de atenção à saúde.

Como os dados aqui apresentados evidenciaram, o setor Saúde, *per se*, não é capaz de resolver as graves questões de saúde da população. Os profissionais que protagonizaram a pesquisa lucidamente mostraram o quanto os agudos problemas sociais afetam drasticamente a saúde e, num círculo que se retroalimenta, o quanto a doença diminui as chances daqueles que já estão condenados à margem do sistema social de competirem pelo cada vez mais difícil emprego e, correlatamente, por alguma frágil forma de proteção social, o que contribui para o aprofundamento das desigualdades sociais. Como expresso por uma das profissionais entrevistadas, "o que adianta a gente ficar tratando, tratando, se não tem emprego, não tem o que comer?".

Portanto, a equipe trabalha no limite de uma situação que poderia ser radicalmente diferente caso houvesse decisões políticas favoráveis à efetiva conquista do direito à saúde. Claro está que a falta de investimentos em saúde integra um cenário político geral que, entre outros efeitos perversos, vem reduzindo drasticamente os recursos destinados às políticas sociais em geral, o que contribui para o aprofundamento das desigualdades sociais e, a elas articuladas, as desigualdades de gênero e raciais/étnicas.

Porém, para além de um necessário posicionamento político que busque transformações profundas nesse modelo econômico, político e social injusto e excludente, advogamos que o setor Saúde guarda particularidades que podem ser alvo de mudanças, mesmo que parciais e dependentes de processos políticos e sociais mais amplos. Esta pesquisa revelou algumas questões que, mesmo dentro desses limites, podem ser trabalhadas e transformadas no sentido de uma assistência à saúde integral e humanizada.

Como foi evidenciado, para além da difícil e dolorosa experiência de uma gravidez HIV+, os problemas de sobrevivência da parcela da população feminina que a vivencia irrompem no serviço de saúde de forma inexorável e irrecusável: suas agudas carências e seus contextos de vida instáveis e desestruturados, aliados à ausência de outras políticas sociais, colocam em xeque um modelo assistencial que reduz o fenômeno saúde-doença à sua dimensão biológica e individual, o que, neste caso específico, desafia a própria eficácia terapêutica do tratamento ofertado.

Por seu lado, os profissionais da saúde protagonistas desta pesquisa mostraram o quanto esse modelo assistencial é insuficiente, limitado e inadequado para lidar com problemas de saúde que afetam tão delicadas e sensíveis dimensões da vida humana e, especialmente, revelaram o quanto lutam para não se 'desumanizarem' diante de adversidades e carências de tal magnitude. Assim, as entrevistas com esses atores sociais, fundamentais para quaisquer transformações que se pretenda, permitiram desvelar os anseios pelos aspectos humanos da assistência à saúde que, em decorrência da abordagem técnica, impessoal e 'neutra', permanecem ocultados e/ou individualizados. Esses profissionais revelaram-se sensíveis e solidários

com suas pacientes, muito embora esses sentimentos e solidariedades não sejam, como efeito do modelo biomédico, assumidos e incorporados à postura profissional e ao âmbito do trabalho em equipe. Além disso, manifestaram agudo senso crítico sobre as atuais políticas de saúde que se refletem, entre outras, em graves deficiências nos serviços públicos; no limite, essa situação inviabiliza, como vimos, quaisquer possibilidades para uma assistência 'humana' que acolha as demandas psicossociais das pacientes.

Ficou evidenciado, portanto, o quanto esses profissionais têm consciência de que o atual modelo assistencial secciona e dicotomiza os pacientes, o processo de trabalho e os próprios indivíduos-profissionais. E eles, por outro lado, mostraram o quanto anseiam por condições de trabalho que permitam o exercício de uma assistência à saúde efetivamente integral e humana, o que demonstra haver um campo com imenso potencial para as transformações almejadas. Novamente concordando com Puccini e Cecílio, pensamos que

> sob a influência do movimento de humanização, a integralidade assistencial pode ser desenvolvida não, apenas, como superação de dicotomias técnicas entre preventivo e curativo, entre ações individuais e coletivas, mas como valorização e priorização da responsabilidade pela pessoa, do zelo e da dedicação profissional por alguém, como outra forma de superar os lados dessas dicotomias. Isto é, a humanização induz a pensar que não é possível equacionar a questão da integralidade sem valorizar um encontro muito além de soluções com modelos técnicos de programação de 'oferta organizada' de serviços. (Puccini & Cecílio, 2004:1.351)

Para finalizar, contrapondo-nos a uma visão desesperançada que não mais acredita nas possibilidades de transformação social por meio das lutas coletivas, advogamos que a utopia por um mundo melhor, ao invés de um ideal inatingível ou historicamente superado, está viva, resiste e também se fermenta no cotidiano dos serviços de saúde, tanto entre a população brasileira que cotidianamente busca no SUS um alívio para sua dor e sofrimento e que "não perde a mania de ter fé na vida",[5] quanto entre os profissionais da saúde que, em sua maioria, não desistem de lutar por

uma assistência digna, integral e humana. Cabe-nos potencializar e canalizar essas resistências para uma retomada da luta política pelo direito à saúde na qual, além dos movimentos populares, certamente figurarão como atores e atrizes os profissionais da saúde, os/as pesquisadores/as do campo sanitário, as/os feministas, os/as militantes dos movimentos contra a discriminação racial e étnica e tantos outros segmentos da sociedade brasileira desde há muito engajados na luta contra todas as formas de desigualdades – sociais, de gênero e raciais/étnicas.

Notas

[1] O estudo *Aids Clinical Trial Group 076 – ACTG 076*, realizado pelos Centers of Disease Control (CDC), demonstrou uma redução em torno de 70% da taxa de transmissão vertical com a utilização de ziduvodina (AZT), pelas gestantes, a partir da 14ª semana de gestação, no parto e pelo recém-nato, nas seis primeiras semanas de vida. Esse protocolo, denominado ACTG 076, foi implementado, pelo Ministério da Saúde, na rede pública de saúde no Brasil desde 1996 (Brasil, 1999).

[2] O gênero dos profissionais da saúde, por não ter relevância para a presente discussão, não será aqui levado em conta.

[3] Recomenda-se a suspensão do aleitamento natural em mulheres HIV+ .

[4] Sala de espera, consulta obstétrica, de infectologia e de enfermagem e grupo de gestantes (com finalidades educativas e terapêuticas).

[5] Referência à letra da canção 'Maria, Maria', de Milton Nascimento e Fernando Brant.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, C. Saúde nas reformas contemporâneas. In: COSTA, A. M.; MERCHÁN-HAMANN, E. & TAJER, D. (Orgs.) *Saúde, Eqüidade e Gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000.

ANYON, J. Intersecções de gênero e classe: acomodação e resistência de mulheres e meninas às ideologias e papéis sexuais. *Cadernos de Pesquisa*, 73:13-25, 1990.

AQUINO, E. M. L.; ARAÚJO, T. V. B. & MARINHO, L. F. B. Padrões e tendências em saúde reprodutiva no Brasil: bases para uma análise epidemiológica. In: GIFFIN, K. & COSTA, S. H. (Orgs.) *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

BESSE, S. K. *Modernizando a Desigualdade: reestruturação da ideologia de gênero no Brasil, 1914-1940*. São Paulo: Edusp, 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Boletim Epidemiológico sobre Aids*, 11(1), 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Textos básicos de saúde, série B)

BRITO, J. C. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1):195-204, 2000.

CABRAL, C. S. *Mulheres entre a maternidade e a Aids*, 1997. Monografia, Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

COSTA, S. H. Aborto provocado: a dimensão do problema e a transformação da prática. In: GIFFIN, K. & COSTA, S. H. (Orgs.) *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. & SCHRAIBER, L. B. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: GIFFIN, K. & COSTA, S. H. (Orgs.) *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

GIFFIN, K. Estudos de gênero e saúde coletiva: teoria e prática. *Saúde em Debate*, 46:29-33, 1995.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e eqüidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(supl.):103-112, 2002.

KERGOAT, D. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: LOPES, M. J.; MEYER, D. E. & WALDOW, V. R. (Orgs.) *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LAUREL L, A. C. Globalización y reforma del Estado. In: COSTA, A. M.; MERCHÁN-HAMANN, E. & TAJER, D. (Orgs.) *Saúde, Eqüidade e Gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000.

LOWNDES, C. M. Doenças sexualmente transmissíveis na mulher. In: GIFFIN, K. & COSTA, S. H. (Orgs.) *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

MELO, J. & TANAKA, A. C. A. (Eds.) *Dossiê Mortalidade Materna*. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 1999.

MELO, J. & VILLELA, W. (Eds.) *Dossiê Mulher e Aids*. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 1999.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1992.

MOLINA, A. Laqueadura tubária: situação nacional, internacional e efeitos colaterais. In: GIFFIN, K. & COSTA, S. H. (Orgs.) *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

OLIVEIRA, M. Sobre a saúde da população negra brasileira: perspectivas em saúde e direitos reprodutivos. *Revista da Fundação MacArthur*, 2(2):8-11, 2001.

PUCCINI, P. T. & CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5):1.342-1.353, 2004.

SAFFIOTI, H. I. B. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, A. O. & BRUSCHINI, C. (Orgs.) *Uma Questão de Gênero*. Rio de Janeiro, São Paulo: Fundação Carlos Chagas, Rosa dos Tempos, 1992.

SILVER, L. D. Direito à saúde ou medicalização da mulher? Implicações para avaliação dos serviços de saúde para mulheres. In: GIFFIN, K. & COSTA, S. H. (Orgs.) *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

SIMÕES BARBOSA, R. H. *Mulheres, reprodução e Aids: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV-positivas*, 2001. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

SIMÕES BARBOSA, R. H. & CASANOVA, A. O. Pré-natal e transmissão vertical do HIV: a perspectiva de profissionais da rede pública de saúde do município do Rio de Janeiro. In: BOSI, M. L. M. & MERCADO, F. J. *Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004.

THOMPSON, J. B. *Ideologia e Cultura Moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. Petrópolis: Vozes, 1995.

XAVIER, D.; ÁVILA, M. B. & CORREA, S. Questões feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral. In: LABRA, M. E. (Org.) *Mulher, Saúde e Sociedade.* Rio de Janeiro: Vozes, 1989.

14 Humanização da Assistência ao Parto no Serviço Público: reflexão sobre desafios profissionais nos caminhos de sua implementação

Marcos Augusto Bastos Dias
Suely Ferreira Deslandes

Apesar da importante redução nas taxas de morbimortalidade materna e perinatal obtidas ao longo do século XX, alguns aspectos da atual assistência hospitalar ao parto têm sido questionados. Nas últimas décadas o modelo biomédico de assistência ao parto tem sido alvo de críticas em função de resultados negativos, decorrentes de sua medicalização crescente. A perda de autonomia pela mulher, a intervenção médica excessiva na fisiologia do processo de parturição, o afastamento da família, o aumento das taxas de cesariana e o aumento dos custos, entre outros, são exemplos de resultados indesejados desse modelo (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, 2004; Enkin, 2000; OMS,1996).

A utilização de práticas adequadas na assistência perinatal tem sido, há vários anos, objeto de recomendações pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1985, 1996) e outras instituições representativas dos direitos das mulheres (Rede Nacional Feminista..., 2000; Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000; ReHuNa, 1993, 2000). Medidas que construam uma 'tecnologia de cuidados' na gestação, no parto e no nascimento têm sido propostas para sua modificação.

No Brasil, desde a década de 80 do século XX o movimento feminista tem demandado mudanças na qualidade do atendimento ao parto e nascimento reivindicando sua humanização, e questionado o modelo

biomédico por tratar o parto "como um evento patológico e arriscado, utilizando tecnologia agressiva, invasiva e potencialmente perigosa" (Diniz & Chacham, 2002:23). A maternidade voluntária e o protagonismo no momento do parto, devolvendo à mulher a autonomia perdida no processo reprodutivo para os profissionais e instituições de saúde, têm sido bandeiras desse movimento desde os anos 80 (Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000). Assim, o movimento que profissionais, organizações de saúde e sociedade civil vêm empreendendo para reverter essa situação tem se organizado sob o lema da "humanização do parto e do nascimento" (ReHuNa, 1993, 2000; Diniz & Chacham, 2002).

O Ministério da Saúde, atento a essas demandas e aos resultados da assistência materna e perinatal, tem adotado, desde 1999, políticas mais explícitas e produzido materiais técnicos que tratam não apenas da humanização do parto, mas da assistência hospitalar (Brasil, 2000a, 2001). Portanto, humanização da assistência ao parto não constitui propriamente um conceito, mas uma idéia orientadora que congraça uma série de elementos do atendimento à saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos.

Muito se tem debatido sobre os aspectos do atendimento às gestantes e bebês, vistos como elementos importantes na construção de um modelo humanizado de assistência ao parto (Boaretto, 2003; ReHuNa, 1993, 2000; Tornquist, 2003). Entretanto, uma discussão superficial dessa diretriz e a multiplicação de experiências consideradas como humanizadoras acarretam o risco de que elas sejam percebidas mais como um modismo do que como iniciativas duradouras e capazes de operar diferenças na produção da qualidade na assistência.

Nosso objetivo aqui é, a partir de uma revisão da literatura, aprofundar a reflexão sobre alguns aspectos da proposta de humanização da assistência ao parto. Em especial aqueles relacionados com práticas assistenciais hospitalares, empregadas independentemente da existência de evidências científicas contrárias a sua utilização (OMS, 1996). Ajudar a aperfeiçoar essa proposta como uma estratégia gerencial pode proporcionar a obtenção de melhores resultados, tanto na satisfação das usuárias quanto na consecução de melhores indicadores epidemiológicos.

Propomos, a seguir, uma breve reflexão sobre a trajetória da medicalização do parto e da consolidação do modelo médico de parturição, para, então, discutir parâmetros e definições da assistência humanizada ao parto.

Sabemos, entretanto, que apresentar a história da medicalização do parto envolveria um esforço de pesquisa considerável e a *expertise* de historiadores. Sem a perspectiva de reconstruir exaustivamente essa trajetória, trazemos alguns de seus marcos, a fim de contextualizar nosso debate.

Hospitalização e Medicalização do Parto

Durante a maior parte da história da medicina o cuidado, e não a cura, foi o foco de sua existência. E aqueles que a praticavam agiam principalmente para apoiar os doentes, aliviar suas dores e dar esperança, se fosse possível (Mechanic, 1975). Da mesma forma, durante a maior parte da história da humanidade, mulheres de diferentes sociedades se fizeram presentes para apoiar e cuidar de outras mulheres no momento do parto. Quando uma gestante ia dar à luz, procurava e recebia seu apoio. As mais experientes, detentoras de conhecimentos tradicionais, atendiam aos partos, passando a arte de partejar de uma geração para outra. Assim, as parteiras têm tido papel histórico e social indiscutível e registrado ao longo da história da humanidade. A Bíblia, por exemplo, relata em mais de uma passagem as funções das parteiras. E historiadores encontraram relatos de sua atuação em antigos papiros e em escritos hindus (Brucker, 2004).

A presença do homem como cuidador no momento do nascimento era incomum (Jordan, 1993). No século XVIII, com a paulatina consolidação da prática médica obstétrica e com o uso de novas tecnologias, a exemplo do fórceps, cria-se a oportunidade para que o médico entre mais freqüentemente na cena do nascimento, atuando nessas ocasiões como cirurgião, quase sempre em casos complicados, agindo para tentar salvar a vida da parturiente (Brucker, 2004).

No final do século XIX os países industrializados, em parte como conseqüência das precárias condições de moradia, alimentação e saúde da população, conviviam com um quadro de queda da natalidade e altas taxas

de mortalidade materna e perinatal. O interesse do Estado no tamanho e na vitalidade da população levou esses países a se movimentarem para procurar soluções que pudessem diminuir tais taxas. É nessa época que se cria a assistência pré-natal, os partos passam a acontecer com freqüência cada vez maior no ambiente hospitalar e a obstetrícia como especialidade passa por grande expansão (Wagner, 1994).

Gradativamente, as mulheres começaram a perceber que os médicos poderiam oferecer serviços que não estavam ao alcance das parteiras. Eles adquiriram formação técnica que lhes conferia *status* e lhes permitia administrar medicamentos e procedimentos não disponíveis no repertório das parteiras. Na primeira metade do século XIX a formação médica em obstetrícia se expandiu e se consolidou. Aos poucos o sucesso dos médicos nos casos complicados, em especial com o uso do fórceps, fez com que progressivamente estes profissionais passassem a ser solicitados (Leavitt, 1986). Os médicos venceram a disputa de mercado com as parteiras, e nos Estados Unidos em 1939 já aconteciam mais partos hospitalares do que domiciliares (Chamberlain, 2004). A opção pelo parto hospitalar no Ocidente consolidou-se definitivamente após a Segunda Guerra Mundial. Parto e nascimento passam a ser concebidos segundo uma abordagem médico-cirúrgica e, conseqüentemente, tratados conforme uma visão técnica e biomédica (Wagner, 1994).

Emprego de Tecnologia e Visão de Risco em Obstetrícia

O nascimento de uma criança marca um dos maiores eventos da vida em qualquer cultura. Como envolve riscos e transformação do *status* dos indivíduos nas sociedades, rituais são estabelecidos para ajudar aqueles que precisam ultrapassá-lo. Além do que, como é sabido, com os ritos de passagem determinado grupo ou sociedade pode garantir que seus valores estão sendo transmitidos para as gerações subseqüentes. As rotinas da moderna obstetrícia hospitalar são partes de um ritual carregado de simbologias. Ser levada em cadeira de rodas ou em uma maca como se estivesse doente, ser submetida a hidratação venosa que a 'liga' ao hospital

mostrando sua dependência, e todos os procedimentos praticados na assistência reforçam as idéias de que a mulher não é capaz de parir sem a tecnologia médica e de que seu corpo, sem esse controle, pode trazer riscos para o bebê. No hospital estarão protegidos, ela e o feto, pela tecnologia ali oferecida e reafirmada constantemente pela idéia de que o conhecimento médico é mais importante que seus saberes ou valores culturais (Davis-Floyd, 1994). Paulatinamente, os conhecimentos populares sobre o corpo grávido e o parto, que outrora faziam parte de uma sabedoria popular, foram sendo perdidos, reforçando a idéia de que a parturição depende e faz parte do 'saber médico'.

Assim, ao longo do século XX, ao se constituir como prática respaldada pelo conhecimento científico, inúmeras tecnologias foram incorporadas à rotina de assistência ao parto, mesmo sem a existência de evidências que recomendassem sua utilização (OMS, 1996; Wagner, 1994). Essas intervenções médicas, ao longo do tempo, incorporaram uma cultura de atendimento segundo a qual elas deviam ser empregadas rotineiramente, independentemente da existência de condições que justificassem sua utilização. Prevalece, desde então, a visão do corpo como uma máquina complexa, mas imperfeita, cuja eficiência pode ser melhorada por outras máquinas, as quais trazem informações quantitativas e objetivas mais confiáveis do que as queixas subjetivas das pacientes (Wagner, 1994).

As metáforas médicas sobre o corpo da mulher em trabalho de parto ajudam a compreender a maneira como esses profissionais percebem a necessidade de sua atuação neste momento. A visão ocidental mecanicista do corpo humano prevalecente nos séculos XVII e XVIII inicia-se nos hospitais franceses onde o útero era visto como uma máquina mais ou menos adequada para expelir o feto. Como máquina, o útero poderia apresentar problemas de funcionamento, e seu desempenho ser melhorado com intervenções realizadas pelos técnicos especializados.

Além disso, a contração uterina é definida como involuntária, sendo a mulher apenas um recipiente passivo para o útero em contração (Martin, 1987). Perceber o trabalho de parto como a atividade de uma máquina que atua de forma involuntária tem implicações para o tratamento a ser adotado

pelo profissional. Para obstetras, essa situação produz riscos, em especial para os bebês, e tem lhes permitido definir as intervenções a serem realizadas, segundo sua avaliação da necessidade de adequação do funcionamento da máquina uterina.

Historicamente, o corpo da mulher tem sido comparado ao do homem, sendo sempre descrito como inferior e subordinado à natureza. As diferenças estariam não apenas na realidade biológica e nos detalhes anatômicos, mas também na interpretação do que essas diferenças significassem na definição social do papel das mulheres. O corpo feminino estaria moldado para a reprodução, mas ao mesmo tempo susceptível aos desgovernos sexuais e necessitando de controle (Rohden, 2001).

Ao analisarmos como a racionalidade médico-científica influenciou a assistência às mulheres, percebemos a importância da questão de gênero. Para Helman (1984:147),

> Se alguns homens ainda vêem as mulheres e sua fisiologia feminina como representantes da 'natureza' (*nature*), a qual é sem controle, imprevisível e perigosamente poluidora – então os rituais médicos e a tecnologia médica representam uma forma de 'domesticar' o incontrolável (principalmente na era do feminismo) e de torná-lo mais 'cultural' no processo.

Turbet (1996) ressalta como a dependência das mulheres em relação aos médicos e vice-versa tem aumentado, refletindo o processo de medicalização que encontramos na sociedade, e como este saber-poder médico tem se apropriado dos direitos sexuais da mulher, controlando não apenas a sua fertilidade como todo o seu processo reprodutivo.

Assim, a transformação do parto em evento arriscado porque ocorre num corpo defeituoso e dependente do controle médico tem conduzido ao fortalecimento da racionalidade que sustenta o modelo tecnológico voltado para a atuação na prevenção das complicações. Segundo Diniz (1997:161),

> O modelo do parto como evento de risco derivado dessa concepção não se sustenta pelos critérios que orientam a própria técnica, mas por um conjunto complexo de determinações extratécnicas que chegam, no caso brasileiro, a uma distorção

tamanha que sugere a existência de um modelo de prevenção do parto, numa reafirmação insistente, aparentemente irracional e paradoxal, da imperfeição genital feminina.

As rotinas de atendimento ao trabalho de parto serão, então, principalmente voltadas para a redução do seu tempo de evolução e controle do processo doloroso decorrente das contrações uterinas.

O período de dilatação do trabalho de parto, com duração bastante variável, passa a constituir o foco das principais intervenções médicas no sentido de conformar sua duração, adequando-o ao processo de produção dos cuidados hospitalares. Os métodos farmacológicos para diminuição da dor, embora tragam mais riscos de um parto operatório e de complicações neonatais, substituem a necessidade do suporte físico e emocional que em geral o médico não está preparado para oferecer.

A medicalização termina por ser um fim em si própria, uma vez que os procedimentos devem ser realizados pelos próprios médicos. Isso justifica não apenas a necessidade da hospitalização e o emprego de novas tecnologias como sua presença e controle sobre o processo do nascimento. No conjunto, a medicalização do processo de parturição nega a capacidade da mulher de parir com segurança sem o seu auxílio e define para ela um papel cada vez mais passivo na gestação e no nascimento do bebê.

Maternidade como Linha de Produção

A rotina de internação em uma maternidade, nos dias de hoje, segue em geral todo um processo que culmina com a despersonalização da mulher. Ela é separada da família para a internação, é despida de suas roupas, apesar do desconforto desta condição, com a justificativa de facilitar os exames de toque a que será exposta. Em seguida é colocada num leito onde deve permanecer deitada durante todo o trabalho de parto, sendo eventualmente avaliada por um profissional da saúde. Ao longo desse período é comum ainda que seja submetida a aceleração do processo com ocitócitos e rotura das membranas ovulares, além de outras intervenções, sem que seja informada sobre os procedimentos que estão sendo realizados e sem que se queira saber qual sua opinião sobre eles (Dias, 2001).

Outra característica da assistência ao parto é a impessoalidade. De forma geral, as mulheres não sabem o nome dos profissionais que as atendem e também não são chamadas por seus nomes. Deslandes (2000:125), discorrendo sobre a assistência hospitalar, afirma: "Não há nomes, mas profissionais que se revezam na construção do diagnóstico, com prescrições e cuidados. Em suma, não há interlocutor".

Cabe lembrar que a condução impessoal do trabalho de parto e o excesso de intervenções utilizadas no intuito de acelerar o trabalho são práticas condenadas pela OMS (1996) como prejudiciais e ineficazes. A ênfase dada apenas aos aspectos biológicos, durante todo o acompanhamento do processo do parto e nos cuidados imediatos com o bebê, é exagerada e ocorre em detrimento dos aspectos psicossociais da gravidez e do parto. Para os médicos, torna-se mais fácil medicalizar um processo como esse quando o corpo da mulher é considerado à parte do seu contexto social e cultural.

As rotinas desse modelo envolvem não apenas as mulheres, mas também os bebês, que após o nascimento são separados da mãe para a realização das rotinas de cuidados. Como informa Helman (1984:156),

> A distinção conceitual entre mãe e bebê é fundamental para o modelo tecnológico do parto. O bebê é retirado da mãe e entregue a uma enfermeira que o inspeciona, testa, limpa, coloca-lhe fraldas e o enrola, além de depois administrar uma injeção de vitamina K e um colírio antibiótico. O bebê, então já endoculturado e batizado apropriadamente no mundo da tecnologia, é devolvido à sua mãe por um curto período de tempo.

A tentativa de conformar todo o processo do nascimento com o esquema de produção hospitalar e de atender à demanda de nascimentos transformou as maternidades em 'máquinas hospitalares de nascimento'. Como constata Davis-Floyd (1987:8),

> Estas várias intervenções que podem ser feitas pelos profissionais em diferentes intervalos num período de tempo que varia de acordo com a duração do trabalho de parto da

> mulher e com o grau de conformidade deste com os padrões hospitalares. Quanto menos conformidade o trabalho de parto exibir, maior o número de procedimentos que serão introduzidos com o objetivo de trazê-lo para a conformidade.

O processo de trabalho (PT) nas maternidades geralmente está mais orientado para o nascimento de um bebê saudável do que para a satisfação da mãe. Visa, portanto, à 'produção' de uma criança saudável. E todo o processo de medicalização do corpo da mulher tem como perspectiva final o bem-estar do feto.

Embora compartilhem decisões com os neonatologistas, os obstetras cuidam do binômio materno-fetal até o momento da separação no nascimento. Nesse foco de atenção, priorizam a segurança da mulher e do bebê, mas não abrem canais para as manifestações da subjetividade da parturiente (Wagner, 1994).

Entretanto, outros modelos de assistência à gestação e ao parto, principalmente alguns já em vigor na Europa Ocidental, são estruturados de maneira diferente e conseguem obter melhores resultados perinatais e menores taxas de cesariana (Enkin et al., 2002). Mais centrado nas necessidades das mulheres, esses modelos têm como principal diferença o fato de a assistência às gestantes de baixo risco ser conduzida por profissionais não-médicos. Tais profissionais são geralmente enfermeiras obstétricas ou parteiras treinadas (*midwifes*) que oferecem maior suporte emocional e cuidado mais efetivo durante o trabalho de parto, realizando rotineiramente menos intervenções invasivas. A presença do obstetra está reservada aos casos de risco ou quando surgem complicações no decorrer do trabalho de parto e no parto.

Humanização da Assistência ao Parto: uma diretriz em construção

É a partir da identificação dos elementos que descaracterizaram, ao longo do tempo, no modelo biomédico, o processo da parturição até então centrado na mulher, que tem se dado a demanda pela sua humanização. Os benefícios e a segurança oferecidos por esse modelo, com a introdução

da tecnologia, passaram a ser questionados pelas mulheres e por profissionais da saúde. Fatores de ordem social e cultural, e não apenas médicos, ganharam relevância na avaliação tanto da qualidade da assistência prestada como da satisfação das usuárias.

A definição do que seria a humanização da assistência ao parto e da abrangência desta diretriz é um primeiro desafio. No conjunto de demandas pela humanização estão incluídas desde a necessidade de uma estrutura física adequada para a realização do atendimento até a qualificação do profissional tanto para os aspectos técnicos quanto para lidar com as questões intersubjetivas das pacientes (Deslandes, 2004).

Inclui-se aí a importância da qualificação técnica, implicando não apenas o conhecimento pelo profissional do manejo da tecnologia, mas principalmente sua utilização segundo evidências científicas. Ao mesmo tempo, não tem sido esquecida a importância da garantia do acesso a recursos técnicos e medicamentos que não estão acessíveis para as parcelas mais pobres da população. Perpassando todas essas questões, estão os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, como direitos humanos inalienáveis e, portanto, devendo ser garantidos pelos prestadores da assistência à saúde (OMS, 2003).

Como estruturas centrais do processo de humanização, podemos mencionar: a) respeito à fisiologia do trabalho de parto, à garantia da presença de acompanhante(s) da escolha da mulher e ao suporte físico e emocional para ela e sua família; b) acatamento dos desejos da mulher expressos em seu 'plano de parto', construído ao longo da gestação junto com profissionais da saúde; c) ambiente para que ela seja a protagonista desses momentos tão carregados de sentido humano para ela.

Apesar de preconizar menos intervenções desnecessárias nessa assistência, o conceito de humanização prevê a possibilidade de que toda a tecnologia perinatal hoje existente esteja disponível para que possa ser utilizada por profissionais qualificados quando houver uma indicação precisa.

A OMS, em atenção às práticas utilizadas rotineiramente na assistência obstétrica sem a devida comprovação de seus benefícios, produziu uma publicação científica em que categoriza as principais

intervenções utilizadas pelos profissionais (OMS, 1996). Nas categorias das práticas que devem ser eliminadas e das que devem ser utilizadas com mais cautela quando não existem evidências de seus benefícios, encontram-se várias ações utilizadas no cotidiano dos serviços. Como já dito, intervenções desnecessárias na fisiologia do trabalho de parto terminam por ocasionar risco para as mães e bebês, sucedendo-se em cascata e culminando com a possibilidade de realização de uma cesariana. Por outro lado, intervenções apropriadas e em associação com a tecnologia de cuidados garantem melhores resultados da assistência para mães e bebês (Enkin et al., 2000; Hodnett, 2002; OMS, 1996).

O Ministério da Saúde, sobre a definição de humanização da assistência, afirma: "O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (Brasil, 2001:9).

Essa diretriz vai ao encontro do que Davis-Floyd (1994) tem proposto como alternativa ao modelo tecnocrático. Um novo modelo, denominado 'holístico', ressalta a confiança no corpo da mulher e é capaz de conciliar a segurança alcançada com o uso adequado da tecnologia hoje existente e a revalorização dos aspectos sociais e culturais que envolvem o nascimento.

No cotidiano da prática assistencial, na maioria das maternidades hoje em funcionamento encontram-se os mais variados desafios para a humanização da assistência ao parto. Englobam desde os aspectos relativos às condições de acesso ao leito hospitalar, à área física inadequada para o acompanhamento do trabalho de parto com a presença de acompanhantes até a carência de recursos humanos sensibilizados para a proposta de humanização. Conseguir a adesão dos profissionais a novos protocolos que privilegiam a fisiologia do trabalho de parto e valorizam o suporte físico e emocional à gestante, apesar das evidências científicas favoráveis a sua implantação, não tem sido uma tarefa fácil para gestores desta área (Boaretto, 2003).

Na interlocução com gestores e formuladores de políticas de saúde, em busca de satisfação das mulheres e melhoria dos resultados na

assistência materna e perinatal, é que o movimento a favor da humanização do parto tem se estruturado ao longo dos últimos anos.

Políticas Públicas de Humanização da Assistência ao Parto no Brasil

Primeira política pública do Ministério da Saúde que indica a integralidade como preceito básico da assistência às mulheres, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (Brasil, 1983) é um marco histórico. Ao propor um conjunto de diretrizes e princípios norteadores da assistência, incluindo demandas específicas do processo reprodutivo (Costa, 1999), o PAISM é, sem utilizar o termo, referência para a humanização da assistência ao parto e a primeira proposta oficial do Ministério da Saúde nesse sentido. Para essa autora, "Programas ou projetos de assistência integral à saúde reprodutiva sem uma concomitante abordagem integral podem incorrer em importantes riscos para as mulheres" (Costa, 1999:331).

Ações educativas, como forma de possibilitar que as mulheres interfiram na relação assimétrica que mantinham com os serviços e profissionais da saúde, era a estratégia proposta pelo PAISM para incentivá-las ao autocuidado e ao controle de sua saúde. A atuação dos movimentos sociais, em especial das feministas, teve papel crucial na formulação do PAISM, na discussão da reforma sanitária e, nos anos 90, nas propostas apresentadas às Conferências do Cairo e de Beijing, sobre os programas de saúde sexual e reprodutiva.

Nos anos seguintes, como resposta a essas demandas e ainda com a intenção de orientar os rumos da assistência na busca da construção de uma Política Nacional de Qualificação da Atenção ao Parto, temos entre outros exemplos o lançamento pelo Ministério da Saúde dos projetos Maternidade Segura, Humanização do Pré-Natal e do Nascimento, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e em 2004 a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS (Brasil, 1996, 2000b, 2004).

Os dois primeiros projetos envolvem aspectos que vão desde o cuidado médico do ponto de vista da qualidade técnica da assistência até os aspectos psicossociais das mulheres em trabalho de parto, e os dois últimos envolvem não apenas a satisfação do usuário, mas também aspectos relacionados às condições de trabalho e à satisfação dos próprios profissionais. As altas taxas de mortalidade materna, de esterilização cirúrgica e de cesarianas mantidas ao longo dos últimos anos mostram, entretanto, que tais questões continuam a merecer a devida avaliação e controle.

Outra iniciativa política relevante do MS foi a instituição do Prêmio Galba de Araújo, como forma de estimular a implantação de serviços de excelência na atenção ao parto, com vistas à humanização do atendimento e incentivo ao parto natural. O prêmio, destinado ao reconhecimento do estabelecimento de saúde integrante da rede SUS, com destaque para o atendimento obstétrico e neonatal, certifica a qualidade do trabalho do hospital e também lhe outorga uma importância em dinheiro (Brasil, 1998).

Destaca-se também a iniciativa ministerial de incentivar a criação de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e a implantação de Centros de Parto Normal ou Casas de Parto, que funcionariam exclusivamente com estes profissionais.

Políticas locais de humanização também têm avançado no sentido de garantir mais direitos às gestantes. Leis que permitem a presença do acompanhante no parto nos serviços públicos têm sido promulgadas em vários municípios. No município do Rio de Janeiro, Boaretto (2003) mostra como a implantação de uma política de humanização da assistência ao parto avança de forma gradual com as mudanças na assistência ocorrendo de maneira diferente nas diversas instituições.

Formuladores das políticas de atenção ao parto e ao recém-nascido, atuando nas esferas federal, estadual ou municipal ou mesmo de organizações não-governamentais e redes de entidades, pessoas ou instituições cujo trabalho está relacionado com o tema, têm utilizado a noção de 'humanização' para propor e demandar mudanças no modelo de atenção vigentes. Entretanto, embora a discussão sobre a humanização da assistência ao parto revele a necessidade da promoção de mudanças nas

práticas assistenciais em maternidades, ela não logra indicar as maneiras pelas quais estas poderiam ser operacionalizadas, uma vez que importante parcela das transformações propostas seria de ordem relacional, com o profissional da saúde trabalhando orientado por um novo marco ético.

Considerações Finais: balanço crítico do estado atual

Não há um caminho único, nem linear, para que se promovam as mudanças demandadas por qualificação e humanização da assistência ao parto e nascimento. Em especial porque a questão envolve aspectos complexos tanto do ponto de vista da estrutura dos serviços, da decisão política e da formação e capacitação profissional, quanto de aspectos sociais e culturais das mulheres e famílias atendidas. Entretanto, garantia de acesso ao pré-natal e para internação no trabalho de parto é condição básica para o sucesso de uma iniciativa como essa.

A construção de uma relação profissional de saúde-cliente pautada no reconhecimento de que a mulher deve ter seus direitos de cidadania assegurados, influir no processo do cuidado que vai receber e optar por maior ou menor grau de intervenção não faz parte de nossa cultura assistencial. Assim, um desafio para que se possa operacionalizar mudança consiste na adoção de políticas públicas de humanização que expressem claramente seus objetivos e os resultados esperados com a sua implantação. Campanhas de divulgação desse e de outros direitos, associadas a esclarecimentos sobre as vantagens do acompanhamento pré-natal e do parto normal, também têm sido realizadas e são importantes na construção de uma clientela mais informada e participativa. Informação, acesso aos serviços e controle social, garantias do SUS continuam sendo possibilidades concretas que as mulheres no ciclo gestacional têm de efetivar um papel mais ativo na qualidade da assistência.

O apoio e o envolvimento gerenciais, as articulações dos diversos setores da maternidade e ações de educação continuada são facilitadores da transformação do modelo de assistência, uma vez que a mudança nas normas e práticas hospitalares passa por resistências de vários tipos (Mariani Neto,

2003). Ações como a adequação do espaço físico para permitir e facilitar a presença do acompanhante, mudanças nos protocolos de assistência e participação mais ativa das mulheres dependem do comprometimento gerencial da Maternidade com transformações do modelo tradicional. Sem apoio do gestor local e sem definição de metas claras a serem alcançadas, o processo de transformação de assistência corre o risco de ser apenas uma maquiagem, sem avançar realmente nas questões mais significativas.

O maior desafio, entretanto, se situa no nível do profissional da saúde que presta assistência à mulher no trabalho de parto e no parto, em especial o obstetra, cuja formação orientada pelo modelo médico vigente o leva a entrar em choque com as mudanças propostas. A discussão das questões de gênero, o confronto das práticas rotineiras com as preconizadas pela medicina baseada em evidências científicas e a discussão da visão de risco sobre esse evento fisiológico têm sido estratégias utilizadas na sua sensibilização.

Um aspecto central no diálogo com os obstetras é o da redefinição do seu papel na assistência ao parto de baixo risco, já que o apoio afetivo e o cuidado, mais do que intervenção, são o que tem sido preconizado para essas situações. O acompanhamento sistemático de indicadores e a utilização de intervenções durante o trabalho de parto e das indicações de cesariana possibilitam o confronto destes com o preconizado por rotinas técnicas adequadas. Dessa forma, o diálogo pode acontecer em bases mais concretas e com maior responsabilização pelos resultados da assistência (Dias, 1996).

A incorporação de outros atores nesse cenário, como é o caso das enfermeiras obstetras e doulas, mulheres que dão suporte físico e apoio emocional às gestantes, cujas práticas assistenciais incorporam técnicas não dominadas pelos profissionais médicos, são avanços importantes, mas também fonte de conflito (Diniz & Chacham, 2002). Utilização de bolas de fisioterapia, massagens, banheira e posições no parto diferentes da litotomia, nessa assistência, recebem críticas dos obstetras que não estão habituados a lidar com as mulheres em situação de autonomia e não restritas ao leito. Esses profissionais, mesmo negando as evidências científicas existentes, em geral não acreditam que tais práticas tragam quaisquer benefícios à evolução do trabalho de parto. O espaço do pré-parto tem sido

um local de disputa entre enfermeiras e médicos obstetras no estabelecimento de condutas de atenção à parturiente. Por essa razão, conseguir a integração na atuação dos diferentes profissionais, estabelecendo o respeito entre as diversas práticas e saberes é mais uma das etapas da qualificação da assistência.

Enorme é o desafio de desconstruir paradigmas hegemônicos na formação dos profissionais da saúde e de modificar práticas e lógicas culturais cristalizadas num processo de trabalho voltado para a concretude do biológico e para as necessidades institucionais. Instituir novas rotinas para atender a uma categoria de usuário pensado em uma perspectiva mais abrangente que torna o processo de trabalho ainda mais complexo é uma decisão gerencial que necessita do apoio de políticas nesse sentido.

No entanto, experiências de humanização dos serviços de saúde têm se multiplicado pelo país e mostram que o processo vem avançando continuadamente. Encontros científicos têm divulgado experiências, e várias teses de doutorado e dissertações de mestrado têm abordado essa questão. A inclusão da necessidade de humanização da assistência na pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde mantém o tema em evidência no debate sobre a organização dos serviços. Os ideais da qualificação e humanização da assistência ao parto continuam avançando por vários caminhos numa construção coletiva que tem contado com o apoio e a participação de diversos atores, procurando garantir uma assistência de qualidade centrada nas necessidades das mulheres e, sobretudo, valorizando seu protagonismo.

Referências Bibliográficas

BOARETTO, M. C. *Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro*, 2003. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases para uma ação programática*. Brasília: MS, 1983.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Oito Passos para a Maternidade segura: guia básico para os serviços de saúde*. Brasília: MS, 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM n. 2.883, de 04 de junho de 1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento: Portaria n. 569/GM de 01/06/2000a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual do PNHAH. Brasília: MS, 2000b. (Mimeo.)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude area.cfm?id_area=390>. Acesso em: nov. 2004.

BRUCKER, M. The birth of midwifery. Disponível em: <http://www3.utsouthwestern.edu/midwifery/mdwfhistory.html>. Acesso em: nov. 2004.

CHAMBERLAIN, D. Introdução. Disponível em: <http://www.birthpsychology.com/birthscene/index.html#intro>. Acesso em: nov. 2004.

COCHRANE PREGNANCY AND CHILDBIRTH GROUP. Disponível em: <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr PREGAbstractIndex.htm>. Acesso em: nov. 2004.

COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE. *Saúde das Mulheres: experiência e prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde*. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K. & COSTA, S. H. (Orgs.) *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

DAVIS-FLOYD, R. E. Obstetric training as a rite of passage. In: HAHN, R. (Ed.) Obstetrics in the United States: woman, physician and society. *Medical Anthropology Quarterly – Special Issue*, 1(3):288-318, 1987.

DAVIS-FLOYD, R. E. The rituals of American birth. In: McCURDY, D. (Ed.) *Conformity and Conflict: readings in cultural anthropology*. New York: Harper Collins, 1994.

DESLANDES, S. F. *Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: representações, práticas, interações e desafios*, 2000. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueiras, Fundação Oswaldo Cruz.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):7-13, 2004.

DIAS, M. A. B. Avaliação da intervenção obstétrica na Maternidade Leila Diniz. *Saúde em Foco - Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro*, 5(14):40-41, 1996.

DIAS, M. A. B. *Cesariana - epidemia desnecessária*: *a construção da indicação da cesariana em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro*, 2001. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueiras, Fundação Oswaldo Cruz.

DINIZ, C. S. G. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*, 1997. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

DINIZ, S. & CHACHAM, A. *Humanização do Parto: dossiê*. São Paulo: Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2002.

ENKIN, M. et al. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. New York: Oxford University Press, 2000.

HELMAN, C. *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

HODNETT, E. D. *Caregiver Support for Women During Childbirth*. s. l.: s. n., 2002. (Cochrane Database Systematic Review, 1. CD 000199)

JORDAN, B. *Birth in Four Cultures: a cross-cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. 4. ed. Prospect Heights: Waveland Press, 1993.

LEAVITT, J. W. *Brought to Bed: childbearing in America, 1750-1950*. Oxford: Oxford University Press, 1986.

MARIANI NETO, C. Interface entre qualidade e humanização na assistência a partos e nascimentos. *Boletim do Instituto de Saúde*, 30:30, 2003.

MARTIN, E. *The Woman in the Body*. Boston: Beacon Press, 1987.

MECHANIC, D. Introduction. In: HOWARD, J. & STRAUSS, A. (Org.) *Humanizing Health Care*. New York: John Wiley & Sons, 1975.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Appropriate technology for birth. *Lancet*, 8.452:436-437, 1985.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Care in Normal Birth. A Pratical Guide: maternal and newborn health/safe motherhood unit family and reproductive health*. Genebra: World Health Organization, 1996.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Promovendo a Maternidade Segura através dos Direitos Humanos*. Rio de Janeiro: OMS, 2003. (Edições Cepia)

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. *Gravidez Saudável e Parto Seguro São Direitos da Mulher*. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2000.

REHUNA. REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO. Carta de Campinas. s. l.: s. n., 1993. (Mimeo.)

REHUNA. REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO. Carta de Fortaleza. s. l.: s. n., 2000. (Mimeo.)

ROHDEN, F. *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(supl.2):419-427, 2003.

TURBET, S. *Mulheres sem Sombra: maternidade e novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: Record, Rosa dos Ventos, 1996.

WAGNER, M. *Pursuing the Birth Machine: the search for appropriate birth technology*. Camperdown: ACE Graphics, 1994.

15 Assistência à Mulher em Abortamento: a necessária revisão de práticas de má conduta, preconceito e abuso

Leila Adesse

Saúde Reprodutiva e a Violação de Direitos

O abortamento[1] é apontado por profissionais da saúde como uma das ocorrências mais freqüentes e preocupantes na clínica obstétrica, por acometer anualmente uma ampla parcela da população feminina (Arildo, 2003). Apesar do enorme crescimento do uso de contraceptivos nas últimas três décadas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que ocorrem anualmente entre 40 e 50 milhões de abortos, sendo metade deles em circunstâncias inseguras e de risco. Dados internacionais indicam que cerca de 13% das mortes maternas são devidas a complicações do aborto inseguro (Villela, 2001).

De acordo com Cook Jr. e colaboradores (2003), dados da OMS de 1995-2000 mostram que a taxa mundial de mortalidade associada ao aborto inseguro é provavelmente setecentas vezes maior que as taxas relacionadas com aborto legal nos EUA, e que em certas regiões do mundo esta taxa pode estar elevada em cerca de mil vezes.

Avanços significativos no reconhecimento da problemática do abortamento vêm ocorrendo como fruto do movimento desencadeado pelas organizações de mulheres. Doyal (1996) afirma que a década passada foi marcada por um rápido crescimento no movimento de mulheres pela saúde. Ações de *advocacy*[2] pela saúde da mulher estenderam-se dos países

desenvolvidos para os em desenvolvimento e passaram a ter uma abrangência internacional, uma vez que os grupos feministas, entre outros, buscaram garantir autodeterminação reprodutiva, atendimento de saúde adequado, satisfação de suas necessidades básicas e segurança física para a população feminina.

Esses movimentos políticos que se concentravam em assistência à saúde reprodutiva segura e de alta qualidade, na garantia de acesso ao aborto seguro, no aumento do acesso à assistência materno-infantil adequada e na redução da mortalidade materna encontraram destacados aliados no setor Saúde, como a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo) e na sociedade civil organizada, contribuindo de forma decisiva para a proposição de importantes resoluções nas duas Conferências Internacionais de População e Desenvolvimento (CIPD) ocorridas no Cairo e em Beijin, respectivamente em 1994 e 1995.

Integrante da abordagem integradora e abrangente da Saúde Reprodutiva, um marco importante foi obtido na CIPD realizada no Cairo, quando os governantes reconheceram expressamente o abortamento inseguro como um problema de saúde pública e foram instados à sua redução, por meio da expansão dos serviços de planejamento familiar. Além disso, admitiram que, dentro de circunstâncias legais de seus países, o aborto deveria ser realizado em condições seguras (Hord, 1999). Um ano mais tarde, a Conferência de Beijin chamou os governantes a considerar a possibilidade de reformar as leis que estabelecem medidas punitivas contra as mulheres que se submetem a abortos ilegais (Conferência Mundial..., 1995).

Naquela ocasião, o governo brasileiro assumiu um duplo compromisso: o de rever as leis que punem as mulheres submetidas ao abortamento e ratificar a Convenção de Belém do Pará da Organização dos Estados Americanos (OEA), de eliminação de toda e qualquer forma de discriminação e violência contra a mulher.

Assim, as conseqüências negativas advindas da distorção na abordagem do tema do aborto são motivos mais que do que suficientes para, de acordo com Pimentel e Pandjiarjian (2002), se processar um deslocamento do tratamento dos abortamentos segundo a ótica jurídico-

punitiva para o tratamento baseado na educação e na saúde pública.

Contraditoriamente, a livre decisão sobre como lidar com a anticoncepção, com o exercício da sexualidade e a opção de ter ou não filhos ainda continua sendo uma possibilidade remota para a maioria das brasileiras e latinas (Rede Feminista de Saúde, 2001). Segundo Araújo e Viola (2003), as mulheres ainda têm seus direitos reprodutivos submetidos a normas e regulamentos que ignoram os direitos humanos na área da saúde, levando-as à ampliação das estatísticas de morbimortalidade derivadas de agravos, justamente quando tentam exercer seus direitos.

Questionamentos morais e religiosos sobre o abortamento têm contribuído para obscurecer sua magnitude como problema clínico e de saúde pública. A posição de representações religiosas em relação à sexualidade, a métodos anticoncepcionais e ao abortamento, bem como as campanhas contrárias à prevenção da Aids são exemplos reveladores de sua dificuldade em lidar com uma sociedade tão diversificada e, segundo Rosado (2002), de sua recusa a aceitar o princípio de liberdade e autonomia individual.

Violência Institucional *versus* Humanização da Atenção

Para Cook e colaboradores (2003), a maternidade pode ser um misto de alegria ímpar e de um injusto fardo para a mulher. Isso porque a interrupção de uma gravidez, espontânea ou provocada, pode converter-se num verdadeiro 'passaporte' para a via-crúcis da atenção ao abortamento.

Sem desmerecer os árduos esforços daqueles cuja prática profissional, mesmo em condições adversas, é marcada pelo empenho no atendimento digno e de qualidade, sabe-se que no tocante à assistência ao abortamento predominam muitas vezes as práticas de má conduta, preconceito e abuso. Pesquisas qualitativas desenvolvidas por universidades, agências governamentais e organizações não-governamentais foram analisadas por D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002), evidenciando que, entre as causas da mortalidade materna, parte delas pode ser atribuída à violência cometida pelos profissionais da saúde, afetando o acesso a serviços de saúde, sua qualidade e efetividade.

Minayo e Souza (2003:284) definem a violência institucional como "toda ação de constrangimento e despersonalização sobre os indivíduos, por parte de várias organizações públicas e privadas cujo objetivo seria prestar serviços aos cidadãos". Tal violência compreende os danos físicos e psicológicos resultantes das condições inadequadas em instituições e serviços públicos.

Segundo as autoras, a análise de investigações nessa área levou à constatação de que nos serviços de saúde se expressavam atitudes e práticas discriminatórias e negligentes, influindo no desenvolvimento de problemas de saúde e de mortes evitáveis.

Foi nesse contexto que vimos ser necessário sistematizar um quadro gerador da violação dos direitos das mulheres, com destaque para:

· Leis restritivas que colocam na ilegalidade o aborto voluntário
Desde 1940, o aborto é considerado como delito pelo Código Penal Brasileiro, exceto nos casos de gravidez causada por violência sexual ou ante a impossibilidade de salvar a vida da mulher. O desconhecimento pelos profissionais da saúde dessas duas possibilidades legais, aliado ao forte preconceito da sociedade contra a interrupção voluntária da gravidez, faz com que a autorização jurídica se torne, como diz Villela (2001), letra morta.

· Falta de oferta e má qualidade dos serviços de assistência
Até 1990, era praticamente impossível uma mulher ter acesso à interrupção da gestação, mesmo quando prevista por lei. Em 1989 foi estabelecido no Hospital Municipal do Jabaquara, São Paulo, o primeiro serviço de aborto legal (Pereira & Mota, 1996). Hoje são 46 os locais de atendimento à mulher vítima de violência que realizam o aborto previsto por lei (Brasil, 2005b). A qualidade da assistência desse tipo de serviço foi avaliada na pesquisa qualitativa realizada por Lemos, Morelli e Valverde (2003) no Hospital São Paulo, na qual se constatou, entre outros, falta de espaço para o profissional prestar atendimento e de privacidade para as mulheres poderem se expressar.

Quanto aos abortamentos incompletos, são tratados primordialmente nas emergências e maternidades, exercendo, pelo seu volume, uma pressão na demanda do cotidiano dos serviços, disputando com outras questões obstétricas a atenção dos profissionais. O atendimento quase sempre ocorre com ausência de individualidade para os relatos das causas do abortamento, expondo as mulheres ao julgamento não só do profissional como também das usuárias que dividem os espaços das emergências. Cabe dizer que há, com freqüência, registros de descumprimento do princípio ético do segredo médico (Cremesp, 2002) quando o médico comunica o fato à autoridade policial. Organizações ligadas à defesa dos direitos humanos e grupos feministas denunciam que tem sido crescente o número de mulheres detidas e processadas por terem praticado o abortamento (Guedes, 2003).

Um outro aspecto mereceu destaque para Berer (2000), que assinala que países com leis restritivas em relação ao abortamento continuam usando métodos em desuso nos países desenvolvidos e incorrendo em alto grau de morbidade. Mas, esforços têm sido empreendidos no intuito de sensibilizar e capacitar as equipes de saúde para prestar uma assistência qualificada ao abortamento, incluindo-se o manejo de técnicas instrumentais, como a Aspiração Manual Intra-Uterina (Amiu) método preferencialmente indicado pela Figo e pela Portaria 569 do Ministério da Saúde (Brasil, 2000).

· Falta de acesso à anticoncepção

A fertilidade reduziu-se quase à metade nos países em desenvolvimento, e a despeito da motivação de controlar e espaçar os nascimentos, a utilização de métodos contraceptivos não teve elevação tão rápida (Berer, 2000). A extensão e a efetividade dos contraceptivos tiveram influência no manejo da gravidez indesejada, mas sabe-se que todos os métodos possuem falhas mesmo quando adequadamente utilizados, levando muitas vezes à interrupção da gravidez em condições indignas e inseguras para as mulheres. Também a falta de anticoncepção pós-aborto imediato tem sido responsável pela dificuldade de prevenção de novos abortamentos.

Falando sobre Abortamento no Brasil

O abortamento caracteriza-se pela interrupção voluntária ou não da gestação antes que esta complete 22 semanas. Do ponto de vista clínico, o abortamento pode ser precoce ou tardio. Porém, na perspectiva jurídica, ele é tratado simplesmente como a interrupção da gestação com intuito da morte fetal, independentemente da idade gestacional (Cremesp, 2002).

No Brasil, as fontes de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) dão idéia da magnitude dos atendimentos de abortamento, revelando que o total de internações em 2004 foi de 243.998 (Brasil, 2005a).

Para Araújo e Viola (2003), os dados sobre a morbidade por aborto não são precisos, pois não incluem na estatística oficial as mulheres que não recorrem aos serviços de saúde, e sim aos estabelecimentos que prestam atendimento em condições precárias e clandestinas.

Também têm sido controversos os dados de análise do peso que a causa do abortamento tem nas taxas de mortalidade materna. O cálculo da razão da morte materna tem sido dificultado pela falha ou omissão de informações não só sobre o abortamento, como também a respeito das hipertensões, hemorragias e infecções.

Para Tanaka (2001), iniciativas precisam ser dirigidas para que as mortes maternas deixem de ser tão mal informadas, particularmente aquelas decorrentes de complicações da gestação, abortamento, parto ou puerpério.

Na verdade, essa subnotificação faz parte de toda uma vertente de discriminação por parte da sociedade em relação às mulheres que abortam. Reflete aquilo que culturalmente está destinado para a mulher, o papel de mãe, sendo os movimentos contrários fortemente rechaçados. Araújo (2002) chama a atenção para o fato de que as campanhas sobre mortalidade infantil são absorvidas e sensibilizam os diversos setores da nossa sociedade, ao passo que menor impacto é observado quando se analisam as campanhas sobre morte materna.

Assim, a gravidez não planejada e/ou indesejada acaba ficando restrita ao espaço privado feminino, com alcance parcial no campo das políticas públicas. E é nesta questão que a saúde pública não deve se isentar de responsabilidade!

Romper o Ciclo da Gravidez Indesejada, Aborto e Violência

A mulher que chega ao serviço de saúde abortando está, quase sempre, passando por um momento difícil e pode ter um misto de sentimentos de solidão, angústia, alívio, ansiedade, culpa, autocensura, medo de falar, de ser punida, de ser humilhada, e a sensação de não ser capaz de engravidar novamente (Brasil, 2005b). Geralmente, elas verbalizam as queixas físicas, demandando solução, e calam-se sobre suas vivências e sentimentos.

Em resposta, encontram serviços fragmentados – que não apresentam conteúdo da saúde reprodutiva –, instalações inadequadas, sem espaços privativos, e profissionais que atuam com posturas estigmatizantes e preconceituosas.

Bruyn (2003) faz referência a abusos cometidos nos serviços de saúde nos casos de abortamento inseguro, os espontâneos e os previstos em lei.

D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002) estudaram situações de violência dirigida contra mulheres por profissionais da saúde no exercício cotidiano da prática obstétrica, distribuindo-as em quatro categorias de abuso: 'negligência', 'verbal', 'sexual' e 'física'. Utilizando esta mesma classificação, examinaremos situações de má conduta na assistência ao abortamento.

Aborto espontâneo

Pode-se dizer que existe por parte dos profissionais da saúde pouca familiaridade com a associação entre abuso físico decorrente de violência conjugal e o aborto espontâneo (Bruyn, 2003). Tal desconhecimento, bem como a falta de interesse por explorar na história clínica esse diagnóstico, pode constituir um tipo de violência por 'negligência'.

Outro destaque refere-se aos freqüentes comentários humilhantes, os questionamentos morais e as insinuações e acusações injustas feitas por profissionais da saúde. Essas circunstâncias caracterizam a 'agressão verbal'. Para muitos, o abortamento espontâneo é apenas desculpa da mulher que provoca a interrupção da gravidez. Revela, sobretudo, desrespeito à palavra da mulher, violando o direito individual de expressão. Para Torres

(2001), de acordo com os critérios jurídicos, seria indicativo de desrespeito da presunção de veracidade.

Por outro lado, não encaminhar ao tratamento de infertilidade os casos de aborto espontâneo de repetição pode ser indicativo de 'negligência'. O mesmo ocorre quando passa desapercebida pelo profissional da saúde a forte evidência de relação entre doenças sexualmente transmissíveis e violência sexual conjugal. Além disso, o sexo sem proteção devido à dificuldade de negociação com o parceiro para o uso de algum contraceptivo também aumenta a incidência do aborto espontâneo.

Abortamento induzido

Esta é a condição obstétrica em que se verifica a maior confluência dos diferentes tipos de abuso estrutural. Isso porque evidenciam-se situações de 'negligência' na excessiva ou injustificada demora no atendimento cirúrgico. Ou ainda na prolongada permanência hospitalar. O largo tempo desde a chegada da mulher na unidade de saúde até a realização do procedimento de esvaziamento uterino pode refletir certa punição à mulher que realiza o abortamento, na medida em que tais procedimentos quase sempre são os últimos a serem realizados nos plantões. Sabe-se que com o uso de tecnologia adequada as internações prolongadas tornam-se desnecessárias, na medida em que é possível reduzir o tempo de permanência hospitalar para até seis horas (Adesse, 2002).

A ausência de iniciativas de contracepção pós-aborto imediato caracteriza outra forma de 'negligência' freqüente. O atendimento de emergência integrado com o programa de planejamento familiar deveria dar prioridade para as mulheres que provocaram o abortamento, por ser uma situação de inegável risco, o que contribuiria para romper o ciclo do abortamento, com a conseqüente redução de sua demanda. Cabe notar que nas Normas Técnicas do Ministério da Saúde de Planejamento Familiar (Brasil, 1999b) parcas são as orientações a esse respeito, o que deixava uma lacuna nas políticas públicas quanto à adequação de padrões de atendimento qualificado. Tal situação é alterada no manual *Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher* (Brasil, 2001:155), que diz que

"os serviços de saúde que atendem urgências obstétricas não podem perder a valiosa oportunidade de informar às mulheres sobre a utilização de métodos anticoncepcionais", e na edição, pelo Ministério da Saúde, da Norma Técnica para Atenção Humanizada ao Abortamento, que inclui um capítulo de orientação sobre planejamento reprodutivo (Brasil, 2005b).

No que se refere aos procedimentos obstétricos, percebe-se por parte de alguns profissionais da saúde a recusa deliberada a usar anestesia quando diagnosticam casos de aborto provocado, além de uma certa prioridade ao uso de anestésicos para os abortos espontâneos, o que poderia caracterizar uma 'violência física'. A persistência nos serviços de saúde do uso da tecnologia tradicional de dilatação e curetagem e a falta de atualização de seus profissionais para o emprego preferencial de técnicas aspirativas abrem espaço para situações desnecessárias e estressantes para a mulher, tais como jejum prolongado e anestesia geral.

No cotidiano dos serviços, chama a atenção certa classificação existente no senso comum que categoriza os abortos entre aqueles 'aceitáveis/permitidos' e os 'não-aceitáveis/proibidos', estando no primeiro grupo os abortos legais e no segundo os provocados. Os abortos espontâneos oscilam entre uma e outra categoria, de acordo com o olhar mais ou menos crítico de quem os atende.

A agressão 'verbal' e 'moral' também está presente nas relações entre profissionais da saúde e usuárias dos serviços. Acusações injustas, ameaças e intimidação levam muitas vezes à 'culpabilização' da mulher por seu estado clínico. Nesses casos é comum que o profissional da saúde exorbite de sua atribuição e assuma o papel de 'juiz'.

Outra situação extremada é a denúncia policial pelo profissional da saúde dos casos de abortamento, que fere gravemente o código de ética médica e os dispositivos legais referentes ao segredo médico. Em sua defesa o profissional faz referência às precárias condições de trabalho e à forte pressão da demanda, tentando justificar a vinculação de tal atitude punitiva como uma forma de "educar" as mulheres. "Essas mulheres precisam parar de abortar", desabafa uma obstetra em seminário da Secretaria Estadual de Saúde realizado em hospital de emergência do Rio de Janeiro.[3]

Interrupção legal da gravidez

Pela relação desigual estabelecida na sociedade, a mulher torna-se mais vulnerável à violência sexual, conformando a violência de gênero como área que vem merecendo atenção da esfera pública. A constituição de serviços para o atendimento da mulher em situação de violência sexual vinha apresentando um lento progresso após a implantação dos primeiros em 1989, mas, segundo Franco (2002), recebeu um impulso maior com a criação, em março de 2001, do Conselho Estadual dos Direitos da Mulher. Nesses serviços, além dos cuidados emergenciais das lesões físicas e atenção aos aspectos psicológicos, é recomendada pela Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde a coleta de material para possível identificação do DNA do agressor, assim como a administração, em até 72 horas após o ocorrido, de medicação para contracepção de emergência e outras tantas para a profilaxia de DST/Aids (Brasil, 1999b; Drezett, 2002). Tais medidas têm sido preconizadas para o atendimento realizado em qualquer unidade de emergência.

A falta de acesso das vítimas de violência à contracepção de emergência tem se constituído em uma freqüente violação dos direitos dessas mulheres, pela possibilidade de acarretar uma gravidez indesejada decorrente da agressão. No caso de não ter sido possível evitar a gravidez pós-estupro, a mesma Norma Técnica indica os procedimentos necessários para a realização do aborto previsto em lei (Brasil, 2005b).

O médico poderá alegar questões de foro íntimo ou de consciência e se recusar a realizar o aborto, o que configura situação jurídica de objeção de consciência. Deve-se, no entanto, buscar respeitar a decisão das usuárias do serviço, bem como a dos profissionais da saúde (Curtin, 1994). Contudo, muitas vezes a mulher revive a situação de violência, caracterizada por 'negligência', quando o médico não toma qualquer providência para garantir que o atendimento seja realizado por um outro profissional, dentro ou fora de sua instituição. Segundo Torres (2001), pode-se garantir o direito do profissional, regulado pelo Código de Ética Médica, e ao mesmo tempo respeitar o direito da mulher, estabelecido pelo Artigo 128 do Código Penal.

Caberá ao Estado garantir à mulher a prática desse abortamento, podendo o mesmo ser responsabilizado civilmente por indenização de danos à saúde física e psíquica da mulher causados pela unidade de saúde.

Considerações Finais

Ao lidar com o atendimento ao abortamento, a equipe de saúde precisa refletir sobre a influência de suas convicções pessoais em sua conduta profissional. Tal medida visa a contribuir para uma atitude livre de julgamentos e rotulações. Essa prática não é fácil, uma vez que os cursos de graduação e a formação em serviço não têm propiciado uma dissociação entre os valores individuais (morais, éticos, religiosos) e a atuação profissional (Brasil, 2005b). Não se prepara o profissional para lidar com os sentimentos, com questões sociais, outros elementos que vão além da prática biomédica.

Também caberia rever as causas de certa interdição no diálogo entre o profissional da saúde e a mulher, que pode estar apoiada no temor que os primeiros têm de serem identificados como “aborteiros”, fruto da interferência dos grupos antiaborto na atuação dos profissionais da saúde (Brasil, 1999a), assim como no medo das mulheres de receberem mau atendimento. Para Adesse e Rosas (2002), pelo fato de envolver questões subjetivas de quem atende e de quem é atendida, o tema do abortamento pressupõe sensibilização da equipe de saúde, visando à mudança de postura, de forma continuada. Para alavancar esse processo, o Consórcio Internacional de Atenção Pós-Aborto (2002) apontou cinco elementos básicos que caracterizariam o novo paradigma na humanização da assistência ao abortamento. São eles: aconselhamento; assistência multiprofissional; referência ao planejamento familiar; referência aos programas de saúde reprodutiva e vínculo serviço de saúde-comunidade.

Para Ortiz e Winkler (1999), os componentes básicos da atenção ao abortamento seriam: trato e interação entre profissional e clientela; uso de tecnologia apropriada; competência profissional e informação, além de aconselhamento pós-abortamento. No primeiro elemento, são incluídos a oferta de informação segundo as necessidades socioculturais das mulheres,

espaço físico que favoreça a privacidade e atendimento apoiado na escuta, fomentando atitudes não preconceituosas. No que diz respeito à assistência, esta deve estar apoiada em recomendação da Figo, da OMS e de portarias do SUS que incentiva o uso de técnicas aspirativas (Amiu) associadas ou não ao tratamento farmacológico.

Quanto à formação do profissional da saúde, ela inclui a qualificação clínico-cirúrgica, bem como maior conhecimento das técnicas de aconselhamento. Enfatiza ainda que na construção da qualidade da atenção os serviços devem estar organizados de forma a garantir a referência/contra-referência a programas de contracepção e a outros relacionados com a saúde sexual e reprodutiva.

No Brasil, o tema da atenção ao abortamento é finalmente incluído em documento que caracteriza a Assistência Humanizada à Mulher (Brasil, 2001). E, em 2003, é lançado o guia *Abortamento Seguro: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde*, da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003), com o objetivo de dar suporte aos serviços de saúde no atendimento adequado às diferentes necessidades das mulheres que demandam assistência ao abortamento.

Consideramos que no campo das políticas públicas, a edição, pelo Ministério da Saúde da Norma Técnica para Atenção Humanizada ao Abortamento (Brasil, 2005b), trará significativa transformação na prática dos serviços, cabendo também uma revisão da estratégia de anticoncepção pós-aborto.

Pensamos que a perspectiva de 'capacitar para sensibilizar', incluindo temas como ética, direitos sexuais e reprodutivos e violência de gênero, poderá oferecer aos profissionais melhores condições de atuar com mais apoio institucional. De fato, segundo Billings e colaboradores (2002), depois da capacitação, os participantes mostram maior interesse em atuar no atendimento das vítimas de violência sexual ou de aborto legal oferecido pelos serviços.

De acordo com Deslandes (2004), para avançar na direção de uma práxis de cuidados em saúde, caberia discutir, entre outros, humanização em oposição à violência e articular avanços tecnológicos com acolhimento.

Segundo Reis, Marazina e Gallo (2003), humanização em saúde possibilita alterar a lógica utilitária e autoritária das práticas de atenção à saúde que produzem sujeitos cerceados, fragmentados e incapazes. Segundo eles, essa forma de agir em saúde possibilitaria instaurar no interior das instituições espaços de liberdade capazes de acolher, amparar, sustentar e dar significado à presença e às ações dos sujeitos nela envolvidas. Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2005b:18-19), a humanização como política deve "traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS". Assim, chamamos a atenção para alguns desafios para gestores e profissionais: numa atenção centrada na mulher, deve-se privilegiar muito mais a orientação para decisões informadas, em detrimento do aconselhamento, que pode estar ligado a uma concepção de 'dar conselhos'. Na prática, o aconselhamento deve ser baseado em uma relação de confiança que visa a proporcionar à pessoa condições de avaliar seus próprios riscos, tomar decisões e encontrar maneiras realistas de enfrentar seus problemas. O aconselhamento difere da orientação preventiva porque busca fazer uma avaliação de riscos individuais. Além disso, o estímulo à participação da mulher como co-responsável na atenção à saúde implicará mudança da relação desses profissionais com a clientela, pois de que forma poderá ocorrer o empoderamento das mulheres sem respeito às suas percepções e decisões?

Para concluir, não podemos deixar de mencionar que, a exemplo de outros países, a legalização do aborto no Brasil poderá contribuir sobremaneira para o decréscimo de mortes e transtornos advindos das complicações cirúrgicas e para a provisão pelos serviços de procedimentos seguros e de baixo custo e, o mais importante, significará condições mais dignas de atendimento às necessidades da população feminina brasileira, caracterizando-se pela integralidade, justiça e autonomia das mulheres.

Notas

[1] O termo 'abortamento' se refere ao processo de eliminação da gestação, sendo o aborto seu produto.

[2] Advocacia ou proteção, defesa, amparo.

[3] Seminário Estratégico de Melhoria da Qualidade de Atenção à Mulher em Abortamento, Rio de Janeiro, 2003.

Referências Bibliográficas

ADESSE, L. Calidad de la atención postaborto em hospitales públicos de Brasil: un analisis critico de datos longitudinales de un sistema de información, 1997-2000. In: Seminário Internacional de Atenção Pós-Aborto, *Anais*... Buenos Aires, 2002.

ADESSE, L. & ROSAS, C. Mortalidade materna: uma questão social. *Perspectivas em Saúde e Direitos Reprodutivos*, 3(5):31-35, 2002.

ARAÚJO, M. J. Mortalidade materna: uma tragédia evitável. In: Aborto Legal: implicações Éticas e Religiosas - Seminário Nacional de Intercâmbio e Formação sobre Questões Ético-Religiosas para Técnicos(as) dos Programas de Aborto Legal, Católicas pelo Direito de Decidir, *Anais*... São Paulo, 2002.

ARAÚJO, M. J. & VIOLA, R. Impacto da gravidez não desejada na saúde da mulher. In: Os Novos desafios da Responsabilidade Política, *Anais*... Rio de Janeiro: Cepia, 2003.

ARILDO, A. Tratamento do abortamento do primeiro trimestre da gestação: curetagem *versus* aspiração manual a vácuo. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 25(4):271-276, 2003.

BERER, M. Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(5):580-590, 2000.

BILLINGS, D. L. M. et. al. Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters*, 10(19):86-94, 2002.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Assistência em Planejamento Familiar: normas e manuais técnicos*. Brasília: MS, 1999a. (Série A)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Técnica do Ministério da Saúde: prevenção e tratamentos dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Brasília: MS, 1999b.

BRASIL. Programa de Humanização no Pré-Natal, Parto e Puerpério. Portaria n. 569, 1 de junho. Brasília, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER. *Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Disponível em <http//www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/piuf.def>. Acesso em: mar. 2005a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Técnica para Atenção Humanizada ao Abortamento*. Brasília: MS, 2005b.

BRUYN, M. *La Violencia, el Embarazo y el Aborto: cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública*. Chapel Hill, NC: Ipas, 2003.

CONFERÊNCIA Mundial das Nações Unidas sobre a Mulher, 4. Beijing, China, 4-15 de setembro de 1995.

CONSÓRCIO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PÓS-ABORTO. Disponível em <http:// www.pac-consotium.org>. Acesso em: set. 2002.

COOK JR., D. et al. *Reproductive Health and Human Rights: integrating medicine, ethics and law*. Oxford: Clarendon Press, 2003.

CREMESP. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. Direitos sexuais e reprodutivos. 2002. Disponível em < http:// www.cremesp.org.br/manual/etica_gineco_obst/etica_obstetr_capitulo-7.htm>. Acesso em: fev. 2005.

CURTIN, L. L Abortion: the limits of moral repugnance. *Nurs Manage*, 10:22-24, 1994.

D'OLIVEIRA, A. F. DINIZ, S. G. & SCHRAIBER, L. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, 359:1.681-1.685, 2002.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):7-13, 2004.

DOYAL, L. The politics of women's health: setting a global agenda. *International Journal of Health Services*, 26(1): 47-65, 1996.

DREZETT, J. Profilaxia pós-infecciosa de mulheres estupradas. In: Conferência Internacional sobre Infecção pelo HIV em Mulheres e Crianças, 4, *Anais*... Livro de Resumos. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Institute of Virology of Maryland, 2002.

FRANCO, L. R. Violência doméstica no âmbito conjugal: as denúncias na Delegacia de Proteção à Mulher de Salvador. In: BARBOSA, R. M. et al. *Interfaces Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva*. Campinas: Unicamp, 2002.

GUEDES, C. A dupla tragédia das mulheres presas por aborto. *O Globo*, Rio de Janeiro, 21 setembro 2003. Caderno O País, p. 13.

HORD, E. C. *Párrafo 8.25 de la CIPD: un estudio mundial del progreso*. Chapel Hill, NC: Ipas, 1999.

LEMOS, K.; MORELLI, K. & VALVERDE, A. *Avaliação Qualitativa do Serviço de Violência*. São Paulo: Hospital São Paulo, 2003.

MINAYO, M. & SOUZA, C. *Violência sob o Olhar da Saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

ORTIZ, M. J. D. & WINKLER, J. *Manual de Capacitación para la Atención Postaborto*. Carrboro, NC: Ipas, 1999. (Recursos técnicos para la atención postaborto, 2)

PEREIRA, I. & MOTA, C. *Manual para o Estabelecimento de um Serviço de Atendimento para Aborto Previsto por Lei*. Chapel Hill, NC: Ipas, 1996.

PIMENTEL, S. E. & PANDJIARJIAN, V. Aborto: descriminar para não discriminar. In: CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR. *Aborto Legal: implicações éticas e religiosas*. São Paulo: Josefa Buendía Gómez, 2002.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Dossiê Mortalidade Materna*. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2001.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V. & GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. *Saúde e Sociedade*, 13(3):36-43, 2003.

ROSADO, M. J. Aborto: um tema em discussão na Igreja Católica. In: CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR. *Aborto Legal: implicações éticas e religiosas*. São Paulo: Josefa Buendía Gómez, 2002.

TANAKA, A. C. Mortalidade materna. In: ROCHA, M. I. B. & ARAÚJO, M. J. (Coords.) *Dossiê sobre Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos*. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos/Rede Feminista de Saúde, 2001.

TORRES, J. H. R. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência. Campinas: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em <http://www.ipas.org.br/biblioteca>.

VILLELA, W. Ampliación del accesso de las mujeres al aborto legal: la experiencia brasileña. In: WOMEN'S HEALTH PROJECT. *Advocating for Abortion Access: eleven country studies*. Johannesburg: University of Witwatersrand, 2001.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Safe Abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva: WHO Publication Data, 2003.

Eu Não Sou Só o HIV que Eu Tenho: humanização, acolhimento e escuta no atendimento a mulheres que vivem com Aids

16

Sandra Lúcia Filgueiras

A primeira idéia que me surgiu quando fui convidada a escrever sobre este tema foi conversar com alguma mulher que vivesse com Aids. Ouvir sua percepção sobre os atendimentos que vem recebendo no SUS, como tem sido sua relação com os profissionais da saúde, como gostaria de ser atendida – quais são seus desejos em relação a essa atenção e o que mais pudesse surgir nessa conversa. Pensei imediatamente na Solange,[1] uma mulher que vive com Aids e que tive a preciosa oportunidade de conhecer em minha experiência profissional nesta área. Solange é ativista de uma Organização da Sociedade Civil (OSC) que milita no campo da Aids. Ela está agora com 42 anos e teve dois casamentos. Com o primeiro marido, que era policial, teve um filho e uma filha que hoje trabalha com ela em projetos da OSC. Separou-se desse companheiro porque descobriu que ele tinha uma amante. Casou-se novamente com um rapaz que foi seu "grande amor na adolescência". Nunca mais o tinha visto desde aquela época, de repente se reencontraram na rua e "a paixão explodiu novamente". Após 13 anos juntos, ele faleceu. O tempo entre saber o diagnóstico de Aids e seu falecimento foi de cerca de seis meses. Nessa segunda união, Solange teve mais dois filhos, o primeiro faleceu (causa ignorada na época) e o segundo está com 11 anos. Sempre trabalhou como faxineira para ajudar

nas despesas de casa. Quando ficou viúva, trabalhava dobrado para dar conta de sustentar a família. A conversa com Solange foi bastante emocionante para nós duas. Por isso mesmo, pôde contribuir para a reflexão sobre a necessidade de escuta, acolhimento, diálogo – em síntese, de humanização das ações de saúde. Assim, optei por trazer alguns trechos dessa conversa para apoiar a argumentação posterior.

Núcleos Temáticos da Fala de Solange

A gente não pode amamentar.

Toda mulher é estimulada pelo serviço de saúde a amamentar, não é? Mas, para nós é dito assim: 'Você não pode amamentar'. E a gente estava preparada para isso porque a gente quer fazer o melhor para nossos filhos. Então, a gente não pode amamentar, tem o nosso filho, toma uma injeção na sala de parto para secar o leite. Às vezes amarram o nosso peito que é para não ter mesmo tesão de dar mamá, e só! Acabou. E a angústia que a gente carrega nessa hora o profissional não vê na gente, não vê. Quando não, a gente engravida de novo e tem que esconder do médico que está grávida porque senão ele te dá um pito bem grande.

A gente sabe o risco, mas, muitas vezes, a gente não vê nada disso.

Muitas mulheres com Aids engravidam. A gente que é mulher é criada para ser mãe, e isso não muda quando a gente tem Aids. Com todos os medos, o homem quer ser pai e a mulher quer ser mãe. A gente sabe o risco, mas, muitas vezes, a gente não vê nada disso. A gente quer ter o direito também de ter os nossos filhos, de amar, mesmo correndo risco. Não ter esse direito é não ter os sonhos da gente.

Quando a gente tem um filho soropositivo, a gente carrega uma culpa terrível.

Eu tive um filho que morreu de Aids. É a coisa pior do mundo saber que ele morreu por minha causa. Quando a gente tem um filho soropositivo, a gente carrega uma culpa terrível.

E a angústia dos nove meses que você espera o bebê, depois a cobrança das pessoas por você não estar amamentando e depois a espera, Senhor, do resultado do teste, a espera que a criança negative. Se a gente pudesse fazer aquele resultado dar negativo... É uma angústia danada essa espera. Isso o serviço não pensa nenhuma vez.

A angústia da mulher é diferente do homem. Se o seu marido tem HIV e você não tem, seu filho não vai morrer de Aids, a não ser que ele cresça e se contamine, não é assim?

Se meu marido fosse vivo eu ia ter que cuidar dele e cuidar dos meus filhos.

Se meu marido fosse vivo eu ia ter que cuidar dele e cuidar dos meus filhos. É diferente do homem, que é cuidado. A gente que é mulher pensa como é que vai ser a vida deles depois que a gente for embora. Quanto tempo a gente vai viver? Como é que a gente vai deixar nossos filhos? A culpa da mulher é maior em relação aos filhos.

Eu sei que não fui feita para tomar tanto remédio. Você sabe lá o que é tomar 18, 20 comprimidos por dia?

Às vezes que a gente tem que trocar de remédio, o significa essa troca? (...) Você vai ao médico e ele te fala da adesão ao medicamento: 'Você toma o remédio que você vai viver mais e blá, blá, blá...'. Eu sei que não fui feita para tomar tanto remédio. Você sabe lá o que é tomar dezoito, vinte comprimidos por dia? Os efeitos colaterais que ele tem? Você olhar o seu corpo inteiro e ver ele sumir? E você está diante de um profissional que não te enxerga! Que não te vê!

Ele só vê o que ele tem que fazer, que é falar pra você tomar o remédio, senão você vai morrer. Até que ponto não é melhor a morte do que ver o que está acontecendo com você? Até que ponto esse profissional quer perceber a gente? Principalmente o profissional médico, aquele que a gente vai todo mês, ele olha os nossos exames de CD4, carga viral, de triglicerídeos e de colesterol: 'Ah! Tem que fazer regime, olha aí, como é que está! Mil e pouco! Vai tomar Cedur, tem que tomar Cedur'. Você toma o remédio para o colesterol alto e ele volta de novo. Você vê o seu corpo em mutação igual a um ET, mas você não consegue controlar. É assim, você vai sumindo diante do espelho. Até quanto tempo eu vou querer ficar vendo isso? É muito duro. Mas isso o médico não vê. Ele só manda você tomar o remédio. E o que significa para mim tomar esses remédios? O profissional, ele não vê a gente mesmo! Afinal, ele está atendendo uma pessoa que tem perguntas, que tem dúvidas, que tem angústia. A vida da gente é ruim, e no caso da mulher é mais ainda. (...) E onde está a equipe? Na maioria dos lugares não tem equipe multidisciplinar, não tem aquele colo para escutar isso da gente.

Falar para o médico essas coisas ajudaria muito, porque ele estaria me vendo.

É muito difícil você ver seu corpo em transformação. Falar para o médico essas coisas ajudaria muito, porque ele estaria me vendo. Mesmo que meu corpo não mudasse. (...) É diferente de quando você chega na frente de um profissional e ele olha para você e vê só aquilo que ele acha que tem que ver. Por exemplo: 'Você está tomando o remédio direito?'. Abre sua boca, escuta o seu coração, mede sua pressão... Te dá a receita para três meses e te manda embora. Então, você está ali na frente dele querendo que ele perceba que seu rosto está mudando, que seu braço está afinando, que as suas pernas não existem mais [efeitos colaterais dos medicamentos]... Eu sei que às vezes o médico não tem resposta para dar, mas se ele conseguisse perceber... É importante que ele te enxergue, porque os médicos não enxergam a gente, não vêem, sabe? E isso faz diferença. Não é só papel do psicólogo ou da assistente social. É dele também. É muito dele.

Para um médico entregar para uma paciente a sorologia positiva é difícil.

Sempre tem muita gente para ser atendida. Se não tivesse seria diferente. Porque daí eu poderia perguntar, ele [o médico] poderia responder, poderia me fazer outras perguntas. (...) A maior briga que a gente tem aqui no posto é para o ginecologista entregar para paciente dele a sorologia positiva. Eles não entregam. Eles mandam para o CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento). Por quê? Porque é difícil. Afinal, o que ele vai falar para aquela mulher que já fez quatro partos com ele, que ele conhece há duzentos anos? Ele acha que isso não é papel dele. Como não é o papel dele?

A gente é mais que um paciente, a gente é gente, ué!

A gente não foi feita para sentir dor. É difícil, porque o médico pode se afeiçoar, não pode? O profissional tem medo da afeição. Será que o médico não corre o risco de gostar da gente? Que a gente é mais que um paciente, a gente é gente, ué! Aí como é que vai ser quando a gente se for? O serviço cuida do médico que fica? Cuida? (...) As pessoas têm medo de se envolver com as outras e quando a gente começa a enxergar as pessoas, a gente corre esse risco.

Será que meu marido me traiu?

Quando um exame de uma mulher dá positivo tem muita coisa em jogo. (...) De onde veio o HIV? Será que meu marido me traiu? Muda tudo na vida da gente. Muda tudo.

Ninguém pensou em Aids. Afinal, eu tinha o meu marido, não era promíscua.

Eu descobri que tinha HIV depois que o André [o filho mais novo do segundo casamento] nasceu. O Lucas [primeiro filho do segundo casamento] morreu e na época ninguém viu que ele tinha Aids, e os sintomas eram evidentes. Ninguém pensou nisso. Afinal, eu tinha o

meu marido, não era promíscua. Ele, o meu filho Lucas, teve uma pneumonia dupla e está no atestado de óbito dele: a esclarecer. E nunca foi esclarecido. Depois que a gente soube que ele morreu de Aids, porque ele teve todos os sintomas. Ele teve candidíase, ele tinha diarréia, ele perdeu peso... (...) Quando eu descobri que estava com HIV, o André já tinha seis meses. Foi quando o Dinho [marido] adoeceu. Ele ficou muito doente, e pediram o HIV dele. Veio positivo. Aí, eu fiz o teste e o André fez também.

Ele dava diagnóstico para a gestante na bucha: 'Ó, você tem Aids'.

O Dr. Hugo foi o pior médico que eu tive. No começo ele atendia eu e meu marido. Eu me lembro que o Dinho perguntou para ele: 'Doutor, quando que eu vou começar a tomar AZT?' Porque naquele tempo só tinha AZT. O doutor falou: 'Nunca você vai poder tomar. Imagina que você está no começo de uma estrada e que você não vai chegar nem no meio dela'. Meu marido saiu da consulta e foi para o prédio da frente, queria se atirar de lá. (...) Ele dava diagnóstico para a gestante na bucha: 'Ó, você tem Aids'. Ele não tinha sensibilidade nenhuma. Ele marcou a minha vida. É... eu me lembro que a enfermeira estava vendo meus exames, o meu hemograma e tal, e demorou um pouco mais comigo. Ela disse: 'Nossa, Solange, seus exames estão muito bons'. Eu contei para o médico o que ela disse e ele falou assim: 'Por enquanto!'.

Aí eu tive a Dra. Jussara, ela falou que eu ia viver um ano. Na lata! Na bucha! 'Olha, Solange, você vai ter mais ou menos um ano'. Em seis meses, meu marido morreu. O que você acha que eu fiquei pensando nesse tempo? Daqui a seis meses, eu morro também...

Fazia uns dois meses que meu marido tinha morrido, e apesar de tudo que a gente leva na vida, ele é o homem que eu amo até hoje.

Eu sei que o médico não é Deus. (...) Eu tive uma médica que me ouviu. Fazia uns dois meses que meu marido tinha morrido, e apesar de tudo que a gente leva na vida, ele é o homem que eu amo até

hoje. Vou morrer amando. Não tem jeito. E eu fiquei em depressão, três meses dentro de casa. Eu não comia, eu não bebia, eu só trabalhava. Então, eu fazia faxina o dia inteiro e trabalhava numa pizzaria de noite e pronto. Consultei com ela porque eu queria um remédio, um calmante. Ela sentou e perguntou pra mim: 'Você quer remédio por quê?'. Porque eu não consigo dormir, e tal. 'Mas por que você não consegue dormir?'. Aí, eu comecei a conversar com ela e ela parou e me escutou. Eu vivo a chorar porque o meu marido morreu... ela ouviu isso tudo... Ela parou e ela me viu.

Até onde você é uma pessoa e deixa de ser essa pessoa para ser uma doença?

Um dia, quando o Dinho ainda estava vivo, trocaram ele de quarto e eu cheguei lá no hospital e perguntei: 'Onde está o moço que estava aqui?'. Responderam: 'Ah, o tuberculoso da enfermaria H, está na enfermaria A'. O tuberculoso da enfermaria H era o meu marido, ele tinha um nome, ele não era só uma doença. Ele era mais. Então, essas coisas mexem com a gente. Até onde você é uma pessoa e deixa de ser essa pessoa para ser uma doença? Os profissionais precisam começar a ver a gente como a gente que a gente é. Eu não sou só o HIV que eu tenho. É fácil falar: 'Toma o remédio, pára de fumar!'.

Eu tinha tanto medo do meu filho morrer, eu acreditava em Deus e na comida.

Eu tinha tanto medo do meu filho morrer que eu cuidava demais dele. Ele já tinha jantado na creche, mas eu chegava em casa e fazia tudo de novo. Eu entupia ele de comida. Ele tinha dois anos e mamava de três em três horas, igual um bebê. A mamadeira tinha Mucilon, Neston, leite de vaca puro, tirado da vaca. Ele era uma bola. Era, porque eu acreditava em Deus e na comida. Era nisso que eu acreditava. (...) Eu não deixava ele passear com a madrinha, subir no escorrega, cair tombo, tomar banho de chuva, chupar sorvete. E não deixava de medo. Aí, outro dia, eu estava chegando na creche e ele estava no escorrega, eu corri e tirei ele de lá. A professora olhou para mim e falou assim: 'Por que é que você

fez isso?' Eu disse: 'Imagina se ele cair de lá e se machucar!'. Aí ela me chamou para conversar: 'O que você está fazendo com seu filho?' Aí, eu disse pra ela: 'Você tem certeza que você vai viver, eu não'. 'E você, já imaginou o que vai ser para ele viver sem essa proteção que você dá para ele? Você precisa soltar o André para ele se acostumar com outras pessoas também'. Eu coloquei ele no carrinho e fui chorando da creche para a minha casa.

A pediatra dele só pesava e media, mais nada.

Ela estava certa. A professora precisou olhar pra mim e ver que eu estava matando o meu filho. Eu estava matando ele de comer e de proteger. Ela foi uma professora que me enxergou, que viu a danação que eu estava fazendo com meu filho... Ela me viu. E isso é diferente. Já a pediatra dele só pesava e media, mais nada. Eu levava ele no pediatra porque tinha que levar. (...) Ele teve alta do setor de Aids com dois anos. Eu guardo, até hoje, o resultado que deu negativo. Foi a maior festa quando eu entrei com ele na creche. Lá, todo mundo sabia que ele tinha HIV. As professoras da creche não foram professoras, foram mães. A diretora e duas professoras me chamaram para uma reunião e colocaram que as outras mães tinham medo [da convivência das crianças com o filho de Solange], mas que a creche ia bancar. E bancaram! Lá na creche tem o resultado positivo e tem o resultado negativo do exame do meu filho. Teve uma festa para o meu filho no dia que ele fez dois anos e o resultado deu negativo.

A professora do meu filho disse que está na Bíblia que o salário do pecado é a morte. Então, se a gente não peca a gente não morre.

Outro dia, o André chegou da escola todo feliz: 'Mãe, mãe, a professora falou uma coisa hoje na escola'. 'O que foi filho?' 'Ela disse que a gente morre porque a gente peca muito. Se a gente não pecar a gente não morre?'". (...) A minha carne amoleceu. Eu falei: 'Filho, mas como assim? Que pecado?'. 'Ah, ela disse que se a gente obedecer o pai, a mãe, não fazer nada de mal para os outros a gente nunca morre. Que está na Bíblia que o salário do pecado é a

morte. Então, se a gente não peca a gente não morre'. (...) Aquilo foi uma facada no meu coração. Como, ela fala para o meu filho que se eu não pecar eu não morro? Eu tive que ir à escola conversar com ela.

O DEVER NÃO É TER A SOLUÇÃO DO PROBLEMA, PORQUE PARA O MEU PROBLEMA NÃO TEM SOLUÇÃO, MAS É ESSA PESSOA QUE ESTÁ NA MINHA FRENTE PODER ME PERCEBER.

Eu acho que se a gente tem um ser humano na nossa frente; não estou falando de um Deus, mas de um ser humano olhando para outro ser humano, além daquilo que ele tem que clinicar, isso é humanização. Puxa, o que é humanização a não ser você cumprir o seu dever humano com outro humano? Para mim é só isso. Às vezes, o dever não é ter a solução do problema, porque para o meu problema não tem solução. Mas é essa pessoa que está na minha frente poder me perceber além daquilo que eu tenho [a Aids]. Entender, por exemplo, que a mulher é diferente do homem. Desde o sonho de ser mãe, porque Aids não tira esse sonho da gente.

EU JÁ VI MÃES QUE NÃO CONSEGUIAM TOCAR NOS FILHOS, POR MEDO DE CONTAMINAREM ELES.

Cada mulher tem o seu jeito. Uma sofre mais, outra sofre menos. Eu já vi mãe se afastar dos filhos para não ter que passar pela morte deles. Eu já vi mães se deixarem morrer para que os filhos não tivessem que passar na frente. Eu já vi mães, dentro da Aliança Terapêutica [projeto da OSC, em que Solange trabalha], que trabalham com a gente, que não conseguiam tocar nos filhos, por medo de contaminarem eles. Já vi muitas mães quererem morrer na beira do caixão de seus filhos por conta deles morrerem de Aids. Já vi meninas adolescentes não aceitarem, não entenderem o diagnóstico. Vi uma senhora de 72 anos que não conseguiu entender o que ela tinha, o que o marido tinha. Ela falava: 'Quer dizer que eu tenho uma doença da vida?'.

Estamos vivendo hoje uma outra epidemia: a desumanidade.
Que eu morra como as pessoas quando têm diabetes,
quando têm problema cardíaco, quando têm câncer.
Quando têm Aids não precisa ser diferente.

Uma coisa que eu peço sempre é: 'Meu Deus, se eu for merecedora, que eu morra da minha morte e ela seja uma coisa rápida'. Senão, que ele me dê condições de suportar o que eu tiver que passar. Como as pessoas quando têm diabetes, quando têm problema cardíaco, quando têm câncer. Quando têm Aids não precisa ser diferente. Cada um tem a sua doença e eu sou mais uma pessoa com uma doença e que briga para sobreviver. Então, é lutar com amor. É isso que eu quero: muito amor. O resto, ser discriminada por preconceitos, ninguém precisa disso. (...) Estamos vivendo hoje uma outra epidemia, além dessa do HIV. É a epidemia da desumanidade (...) os recursos humanos são humanos e também precisam do serviço, e serviço não vê o servidor. Não vê, sabe? Mas quer que o servidor veja.

O profissional atende de cabeça baixa. 'Dona Solange, bom dia. Como é que a senhora está passando?'. E não olha para gente. A partir da hora que ele olhar, não tem como não ver, porque o rosto se conta. Fala da angústia, fala do medo, fala... a gente fala pelo olhar. (...) A hora que o profissional olhar a gente dentro do olho, ele vai enxergar a gente. Não tem outra receita. Se ele conversasse com a gente, eu acho, que se ele fizesse isso ele seria uma pessoa melhor. A gente tem que ser melhor naquilo que a gente faz. E para se melhorar tem que ser humano!

Do relato de Solange, e também daquele de muitas outras histórias de mulheres que vivem ou são afetadas pela Aids, destaco elementos cuja consideração é de extrema relevância na atenção à saúde da população feminina, tanto na perspectiva da prevenção quanto na da assistência em HIV/Aids, ou melhor, na perspectiva da produção de uma atenção integral.

Entre eles, aponto a presença ainda persistente no imaginário social da população da idéia de que a Aids é uma doença vinculada mais ao

universo masculino e, quando muito, ao mundo feminino no caso de mulheres promíscuas. Isso torna as mulheres ainda mais vulneráveis ao HIV. Reforça a crença de que mulher não transmite HIV e, na melhor das hipóteses, de que é necessário o uso de preservativo apenas com prostitutas e/ou em relações eventuais. Reforça, ainda, a idéia de que homem que só faz sexo com mulher está protegido e, portanto, não precisa se cuidar, e com isso dificulta a negociação das mulheres para que seus parceiros usem preservativos. Na população feminina, esse imaginário social fortalece, ainda mais, o primeiro fator de risco da mulher, que é o fato de achar que não está exposta a risco, principalmente quando é casada.

Como os profissionais da saúde também não estão livres dessas interpretações equivocadas, mais uma vez a mulher é penalizada. Muitas vezes, perde a chance de ter um diagnóstico precoce do HIV porque o profissional só pensa nisso quando a paciente é promíscua (na sua avaliação) e/ou porque tem dificuldade de conversar sobre sexualidade, uso de drogas e avaliar junto com ela os riscos que corre de se infectar pelo HIV. As barreiras são tantas que, mesmo apresentando sintomas, não se suspeita de HIV em mulheres 'de vida regrada'.

Se os profissionais da saúde pudessem refletir sobre esses aspectos do contexto sociocultural da Aids e levá-los em consideração, maiores seriam as possibilidades de estabelecerem com suas pacientes um canal de comunicação mais efetivo.

A história de Solange foi o ponto de partida para a reflexão que será feita aqui, sobre os sujeitos (usuário/a e o profissional da saúde) presentes no ato cuidador, sobre a comunicação entre eles e sobre como a tecnologia do acolhimento pode contribuir para o processo de humanização e integralidade da atenção à saúde.

Modelo de Assistência e Qualidade da Atenção

Ao preconizar a Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2004) como eixo transversal às suas ações, o Ministério da Saúde (MS)

reconhece deficiências importantes que comprometem a qualidade da atenção, entre as quais se destaca a precária interação nas equipes, o despreparo para lidar com a dimensão subjetiva das práticas de saúde e o predomínio de um modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta e no atendimento médico. A PNH qualifica gestores, trabalhadores e usuários como protagonistas da mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos.

A PNH chama a atenção para a importância de se considerar os processos de subjetivização presentes no cotidiano das unidades e na gestão do sistema de saúde, para o aprimoramento das práticas de saúde.

O relato de Solange traz à tona o problema da qualidade da relação entre usuários e profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e a contradição entre a realidade dos serviços e o princípio da integralidade preconizado. Evidencia a necessidade de se ampliar a capacidade de escuta e de percepção das necessidades do paciente, entender seu contexto de vida, compreender demandas não manifestadas e acolher seu sofrimento.

Na atenção às mulheres com Aids, a capacidade do profissional de conversar e compreender que, muitas vezes, a paciente sente vergonha, culpa, revolta por ter contraído esta doença, ou a aceita como uma fatalidade pode ajudá-la a ocupar o lugar de sujeito ativo no processo de cuidado da sua saúde.

A vivência de Solange exemplifica uma característica marcante do modelo biomédico de atenção nos serviços de saúde, que valoriza mais a doença do que a pessoa que vive a doença. A atitude de pacientes/cidadãos que, como ela, têm consciência de seus direitos impõe aos trabalhadores da saúde questionamentos sobre seu papel na construção de serviços resolutivos e seu compromisso em cuidar das pessoas que buscam ajuda.

Usuários e profissionais do SUS vivem uma realidade angustiante, porque faltam aos primeiros os meios de terem suas demandas acolhidas e seus sofrimentos aplacados, e aos segundos os meios de diagnosticar, tratar e curar seus pacientes. Obviamente, as condições de trabalho e a carência de insumos comprometem a atenção em saúde. No entanto, há que se considerar que a relação assimétrica entre os interlocutores da ação de

saúde prejudica enormemente a resolutividade dos serviços. Ao excluir o paciente como sujeito do processo terapêutico, no qual ele é um mero receptor de prescrições e o profissional aquele que detém o saber, fica clara a dicotomia entre tecnologia e relação humana presente nas ações de saúde.

Indicar condutas de sexo protegido, por exemplo, sem discutir o que isso significa na vida da usuária é praticamente inútil. Na maioria das vezes, gera no profissional sentimentos de frustração do tipo "Eu oriento, explico e não adianta nada", e na paciente o constrangimento de não ter feito nada do que o doutor pediu.

Entendemos que conversar com seu médico sobre as dificuldades que tem para viver sua sexualidade e negociar o uso do preservativo, sobre a vontade de desistir da vida diante dos sofrimentos causados pela Aids, o medo de a terapia falhar e morrer, sobre o quanto o preconceito dói, ou seja, conversar sobre toda e qualquer demanda que a aflija reduz o estresse da paciente, traz alívio e, quem sabe, lhe permite enfrentar, com menos dificuldades, as adversidades de viver com Aids e seguir em frente.

Solange nos fala das contradições que vivenciam as mulheres: "a gente sabe o risco, mas, muitas vezes, a gente não vê nada disso", acaba fazendo sexo sem preservativo e se expondo a mais carga viral, acaba engravidando, amamentando, mesmo correndo risco. Dar espaço para que a paciente expresse seu desejo de ter filhos, por exemplo, abre possibilidades para que ela reflita melhor e, se for o caso, para que seja orientada a fazê-lo de forma que corra o menor risco possível. Isso evitaria a eventualidade de uma gravidez não planejada e que, por receio ou vergonha, acaba omitindo de seu médico e, com isso, se privando involuntariamente das possibilidades terapêuticas.

Entretanto, sabemos que, para o profissional, lidar com as situações trazidas pela Aids não é uma tarefa simples. A impotência diante da doença que não tem cura, diante das barreiras existentes para as mulheres adotarem medidas preventivas (dadas pelas relações de gênero baseadas nas desigualdades de poder) muitas vezes imobiliza o profissional. É necessário compreender o fato de que não se tem resposta para tudo e de que compartilhar e pensar alternativas em parceria (profissional-usuária) é

um passo essencial para a efetividade da ação de saúde.

Como enfatiza Deslandes (2004), há que se articular avanços tecnológicos com a qualidade da relação para a humanização da atenção aos usuários. Indo além, para ser efetiva, a ação de saúde, além de diagnosticar e tratar, deve cuidar de fato do cidadão, garantindo sua participação e envolvimento no processo. De nada adiantam diagnóstico e prescrição adequados se o paciente não cumprir essa prescrição. Embora a afirmação pareça óbvia, o que temos assistido é uma cisão entre a ação médico-assistencial e a vida do paciente (seus desejos, limites, possibilidades). "O médico não me vê, não me enxerga", reclama Solange; assim, ela não é reconhecida como um outro legítimo na relação e, portanto, não se apossa do seu processo terapêutico. É como se lhe restasse apenas cumprir as prescrições médicas ou não ter saúde.

O princípio da integralidade preconizado pelo SUS pressupõe o rompimento das dicotomias entre prevenção e assistência, entre gestão e atenção em saúde, entre ação individual e coletiva e, sobretudo, a superação da dicotomia entre profissional e usuário. Afinal, ambos deveriam estar imersos e interligados no ato de cuidar da saúde. Para Puccini e Cecílio (2004:1.351),

> integralidade assistencial, sob influência do movimento de humanização da saúde, pode ser desenvolvida como valorização e priorização da responsabilidade pela pessoa, do zelo e da dedicação do profissional por alguém, como uma outra forma de superar os lados dessas dicotomias. A integralidade, para concretizar-se, depende do reconhecimento e valorização do encontro singular entre os indivíduos, que se processa no necessário convívio do ato cuidador.

As chamadas 'tecnologias leves' promovem a integralidade das ações em saúde, são um espaço de articulação entre tecnologia (objetivo) e relacionamento (subjetivo), "dizem respeito à produção de vínculos, acolhimento, autonomização e de gestão do processo de trabalho. Buscam sanar as deficiências geradas pelo modelo de atenção médico-centrada" (Merhy apud Deslandes, 2004:10). O aconselhamento preconizado pelo

Programa Nacional de DST/Aids, do Ministério da Saúde (PNDST/Aids-MS), é um exemplo de tecnologia leve, na medida em que valoriza o diálogo, a construção de uma relação de confiança entre profissional e usuário e tem como eixo central a pessoa, e não a doença. No entanto, a avaliação das ações de aconselhamento, em pesquisa realizada pelo PNDST/Aids-MS (Brasil, 1999), evidenciou a "atitude de escuta" como a diretriz mais problemática e precariamente cumprida. A comunicação entre profissionais e usuários se caracterizava, na maioria das vezes, como mera coleta de dados, repasse de informações e repetição de preceitos normativos para prevenção.

Essas atitudes, reveladas na pesquisa como predominantes na relação com os usuários, nos remetem ao que Jaime Betts (apud Deslandes, 2004:11) diz sobre

> os modelos sustentados na compaixão, na lógica utilitarista da promoção da maior felicidade para o maior número de pessoas e na tecnociência. Todos seriam desumanizadores. O primeiro por se sustentar numa relação assimétrica entre benfeitor e assistido, o segundo por diluir as diferenças, e o último por reduzir o diálogo à busca objetiva de informação.

Como informa Deslandes, o autor "Defende que somente o modelo motivado pela solidariedade, realizado pelo encontro intersubjetivo e mediado pela palavra é capaz de promover humanização".

Essa compreensão é reforçada pela definição de cuidado apresentada por Ayres (2001:11-12): "Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos. É forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato".

Sujeitos e Intersubjetividades

O encontro entre profissionais e usuários envolve pessoas com saberes, valores, crenças, preocupações, desejos e projetos de vida próprios e que, apesar das diferenças, precisam dialogar para abrir possibilidades de

produzir saúde. Para ser sujeito de fato, o paciente precisa sentir-se compreendido e valorizado e, para tanto, ter direito à voz e poder compartilhar com o profissional seu sofrimento, não apenas a dor física, mas suas dúvidas, medos, assim como alegrias e esperanças. Ayres (2001) enfatiza o aspecto relacional na construção de sujeitos e fala da necessidade de se reconstruir a idéia de sujeito com base na intersubjetividade, ou seja, vê-lo como aquele que se constrói a cada relação entre profissional e usuário.

O autor reflete sobre a atitude dos profissionais quando buscam estabelecer um diálogo com seus pacientes e não percebem que já estão imersos em um diálogo. Esse encontro entre o profissional da saúde e o usuário com certeza não é um campo neutro, cada um vem com percepções e expectativas em relação a si, ao outro e à situação. Se existe a possibilidade de troca de conhecimentos e afetos entre profissional e usuário, temos um terreno fértil para a criação compartilhada de alternativas para solução dos problemas e, como diz Ayres (2001), para a construção de "projetos de felicidade". O que eu quero e posso fazer para viver bem, para ter saúde, para ser feliz.

Solange nos apresenta um pouco dessas mulheres atendidas nas unidades de saúde, quando nos fala das dimensões subjetivas que estavam presentes nos seus encontros com os profissionais da saúde. Ela nos traz ainda as subjetividades em cena nas conversas que tinha com suas amigas que também vivem com Aids:

- a culpa de ter um filho com o vírus da Aids;
- a angústia de não poder amamentar e de esperar o diagnóstico definitivo de um filho;
- o medo de morrer e não poder cuidar dos filhos e familiares;
- o drama de viver com uma morte anunciada;
- a agonia de tomar 18 comprimidos por dia;
- o medo de as terapias falharem e ter que trocar de remédio;
- a decepção de ter que esconder do médico uma gravidez para não levar uma bronca;
- o desejo de ser mãe apesar da Aids;
- o afastamento dos filhos por medo de perdê-los para a morte;

- a impossibilidade de tocar nos filhos por medo de transmitir o HIV;
- o desespero de ver seu corpo se transformando e sumindo diante do espelho pelo efeito colateral dos medicamentos;
- as dúvidas quanto à fidelidade do marido quando se descobre com HIV.

Esses sentimentos e outros podem ser o pano de fundo existente na relação entre mulheres que vivem com Aids e os profissionais da saúde. Reconhecê-los e considerá-los é base para construção do processo terapêutico que se renova a cada encontro.

Comunicação: escuta e diálogo

A escuta e a compreensão desses sentimentos, por parte dos profissionais, abrem caminho para a construção de uma relação de confiança com sua paciente. No entanto, a trajetória de Solange nos serviços de saúde caracterizou-se, na maioria das vezes, pela indisponibilidade de escuta, acolhimento, troca e diálogo. Nos atendimentos, estavam em jogo, da parte de Solange, o desejo de ser acolhida e compartilhar com o médico seus sentimentos e, da parte do profissional, a preocupação em fazer exames, diagnosticar, prescrever corretamente e esperar que a paciente cumprisse o prescrito. O resultado dessa interação profissional-usuária foi, para a paciente, insatisfação; para o profissional talvez até um êxito técnico, mas que ainda está longe do que seja produzir saúde. Afinal, conversou-se com a paciente sobre o que ela estava precisando para se sentir bem e sobre aquilo de que dispunham para a construção desse sentir-se bem? "O saber que se dirige ao êxito técnico constrói objetos, enquanto o saber na direção do sucesso constrói sujeitos" (Gadamer apud Ayres, 2001). De fato, a atenção dispensada a Solange, na grande maioria das vezes, restringiu-se a uma intervenção sobre um objeto.

Nesses atendimentos, a ausência de integralidade estava marcada pela atitude impessoal do profissional e pela negação a Solange do direito à palavra. De um lado a paciente, com todas as questões que já mencionamos aqui, e de outro o profissional, com seu ideal de saúde, preocupado em entender o caso do ponto de vista clínico e em definir a melhor conduta

para que ela fique bem. Essa dicotomia é um forte obstáculo para a comunicação e para o processo de humanização da assistência. Segundo Deslandes (2004:10), "a humanização implica na ampliação do processo comunicacional para se efetivar".

Quando o profissional permite que seus pacientes expressem suas demandas, estas podem ser utilizadas como elementos para o diálogo. No entanto, Solange não teve voz. Diálogo implica a liberdade dos interlocutores para se expressarem, se mostrarem um ao outro e, conseqüentemente, se verem melhor e, com isso, serem capazes de concluir o que é possível fazer nessa situação para obter maior felicidade/saúde.

Isso nos remete à idéia trazida por Ayres, e já mencionada, de sujeito construído com base na intersubjetividade. Segundo o autor, "a experiência que põe cada um em contato com o outro, levando-o a reconhecer a si mesmo a cada vez e sempre é a linguagem". E "o ato criador de sujeitos e seus mundos na e pela linguagem, que nos faz experimentar o que somos no encontro com o que não somos, é diálogo. Podemos então afirmar que sujeitos são diálogos" (Ayres, 2001:7). Deveríamos entender, então, que nos atendimentos que Solange nos relatou não havia sujeitos? Eram objetos interagindo?

> *Abre sua boca, escuta o seu coração, mede sua pressão... Te dá a receita para três meses e te manda embora. Então, você está ali na frente dele querendo que ele perceba que seu rosto está mudando, que seu braço está afinando, que as suas pernas não existem mais [efeitos colaterais dos medicamentos]... Eu sei que às vezes o médico não tem resposta pra dar, mas se ele conseguisse perceber...*

Solange só queria compartilhar suas aflições, falar da sua dor. Ela sabe que o médico não pode fazer seu corpo voltar ao que era antes. Será que ele não escuta porque acha que não tem respostas para tal sofrimento? Mal sabe ele que escutar já ajudaria muito. Será que o profissional não enxerga mesmo? Ou priva a paciente de saber que ele enxerga, mas não consegue lidar com isso, escondendo sua própria impotência?

Isso foi diferente em duas ocasiões que chamaram a atenção de Solange. A relação com a Dra. Raquel, que rompeu com a lógica biológica e mecanicista e percebeu as razões do seu sofrimento, e com a professora

de seu filho, que conseguiu alertá-la a respeito da superproteção com que tratava o menino. Nessas relações houve atitudes de cuidado e de promoção da saúde: "Eu tive uma médica que me ouviu. Ela sentou e perguntou pra mim. (...) Aí, eu comecei a conversar com ela e ela parou e me escutou. Ela parou e ela me viu". As palavras de Solange acentuam verbos fundamentais – ouvir, perguntar, parar, escutar, ver –, o que dispensa qualquer comentário adicional.

Acolhimento

O acolhimento é uma tecnologia que tem sido assimilada na perspectiva de mudança na cultura de atendimento, na transição para um modelo de atenção centrado na pessoa, que valoriza a dimensão subjetiva nas ações de saúde. Aplica-se como uma estratégia de organização da assistência, ampliando o acesso, mudando o foco médico assistencial para o trabalho em equipe multiprofissional e estabelecendo relações pautadas em parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania (Franco, Bueno & Merhy, 1999). O grande potencial do acolhimento, no entanto, é melhor utilizado quando incorporado ao exercício profissional de todos os trabalhadores da saúde, como uma atitude que melhor qualifica o serviço ofertado nas unidades. Solange demanda essa atenção qualificada de todos da equipe: "Que ele te enxergue, porque os médicos não enxergam a gente, não vêem, sabe?".

Concordando com Solange, o acolhimento é papel de todos da equipe. Essa carência de 'colo' justamente onde se vai buscar cuidado é agravada pela predominância de um trabalho fragmentado, pela ausência de diálogo e integração das equipes multiprofissionais (quando existem). Isso faz com que os trabalhadores da saúde percam a noção do processo de atenção que o paciente vive dentro da unidade e desconheçam o resultado final da ação de saúde desenvolvida pelo serviço como um todo. Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999:352),

> A organização parcelar do trabalho fixa os trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico. A

> superespecialização, o trabalho fracionado fazem com que o profissional da saúde se aliene do próprio objeto de trabalho. (...) Como não há interação não haverá compromisso com o resultado do seu trabalho.

Essa organização do processo de trabalho inviabiliza a criação de vínculos entre a comunidade e o serviço de saúde e entre os profissionais e os usuários, comprometendo a confiança dos cidadãos no SUS.

Teixeira (2003:104) cria a noção de "acolhimento dialogado" como uma técnica especial de conversa, a qual possibilita a "democracia viva em ato": "Não podemos reduzir a democracia a uma técnica de conversa, mas não podemos tampouco ignorar que determinadas técnicas de conversa são verdadeiros exercícios de democracia". O autor cita Humberto Maturana: "a democracia é uma obra de arte, é um produto de nosso emocionar, uma maneira de viver de acordo com o desejo de uma coexistência dignificada na estética do respeito mútuo" (Maturana apud Teixeira, 2003:104).

O desejo de ser acolhida pelo médico manifestado por Solange nada mais é do que o desejo de viver a sua cidadania, de ser reconhecida como um outro legítimo na relação.

Quando se fala em acolhimento, "trata-se rigorosamente de uma técnica de conversa, um diálogo orientado pela busca de uma maior ciência das necessidades de que o usuário se faz portador, e das possibilidades e dos modos de satisfazê-las" (Teixeira 2003:106). E qual é a missão dos serviços de saúde senão conhecer as necessidades das pessoas e procurar atendê-las? É conhecer e, muitas vezes, ajudar os usuários a produzir demandas que eles próprios desconhecem.

Hoje a Aids bate em todas as portas. Não é prerrogativa de especialistas. Mesmo assim, é comum que os profissionais só pensem nela quando o paciente não se enquadra em seus padrões de normalidade. Como suspeitar que uma criança filha de um casal 'normal' possa estar com Aids? Ou, por outra, o que pode significar para o profissional dar o diagnóstico de uma doença que não tem cura? O que significa dizer para uma 'senhora casada' que ela está com o vírus da Aids? São questões que exemplificam a situação a que nos referimos anteriormente, de interferência

do imaginário social da Aids no processo de saúde/doença da mulher.

Quando há diálogo entre o profissional e a paciente, abrem-se possibilidades para que ambos se vejam melhor. Quando não, os profissionais perdem a oportunidade de perceber melhor seus próprios valores, preconceitos. De perceber os sentimentos que vivenciam na relação com suas pacientes e o modo como estes interferem nas suas condutas, muitas vezes poupando e protegendo, outras condenando a paciente, e outras ficando imobilizados diante da situação. A existência de espaços nos serviços onde os profissionais possam ser acolhidos e apoiados permite que estes tenham maior consciência de suas possibilidades e limites em lidar com as exigências do cotidiano profissional. Este é um passo essencial para melhorar a sua prática, sobretudo para se evitar, no dizer de Solange, "a epidemia da desumanidade".

As condições estruturais de trabalho acabam, muitas vezes, desvalorizando e desestimulando o profissional da saúde. Este também precisa ser acolhido e valorizado. "Humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência" (Deslandes, 2004:13), mas, segundo Solange, "É difícil, porque o médico pode se afeiçoar e o profissional tem medo da afeição. Será que o médico não corre o risco de gostar da gente?".

A neutralidade do profissional na ação de saúde é uma falácia. A dificuldade em lidar com as perdas é uma limitação que se impõe aos envolvidos no processo de atenção à saúde, cujos extremos são vida e morte.

A produtividade não pode ser a lógica de organização dos serviços e do processo de trabalho em detrimento da saúde de todos, profissionais e usuários. Sobre isso, Solange comenta: "Porque daí eu poderia perguntar, ele poderia responder, poderia me fazer outras perguntas...".

Por outro lado, como lembra Solange, "Eu sei que o médico não é Deus". Se a maioria dos médicos estivesse convencida disso, muito provavelmente seria mais tranqüilo admitir que não têm resposta para tudo e que a atitude de acolher a dor do outro já é uma ajuda de grande valia, como pede Solange: "Até que ponto esse profissional quer perceber a gente?".

É como se os profissionais já tivessem um 'texto' pronto. Os roteiros de anamnese, de investigação de risco, de aconselhamento e mais uma

infinidade deles se tornam camisas-de-força, deixando de ser um instrumento de apoio. Sem inclinar-se para escutar seus pacientes, acabam perdendo a riqueza que poderia ser cada encontro. Repetindo o 'texto' e prescrevendo sem ouvir as angústias do paciente quanto ao tratamento, por exemplo, acabam fazendo com que os usuários se sintam responsabilizados por resultados insatisfatórios. O profissional torna-se 'escravo' do saber científico e submete o paciente a essa situação, inviabilizando a construção compartilhada do caminho terapêutico. Segundo Merhy,

> existe um processo de objetivização do usuário, reduzindo este a um corpo com problemas identificáveis exclusivamente pelos saberes estruturados que presidem a relação, além do processo de alienação (ou fetichização) do trabalhador de saúde, que se torna mero depositário do saber que o comanda. (apud Yépes & Morais, 2004:4)

Quando vemos no dicionário Aurélio que humanizar significa, entre outras coisas, tornar benévolo, afável, as atitudes que Solange relata dificilmente poderiam ser qualificadas como humanas. No entanto, Campos (2004:13) lembra que "a raiva, a inveja, a agressão são comportamentos absolutamente humanos, e o são porque não somos – somente – seres racionais". A autora cita Nietzsche (1886), "somos humanos, 'demasiado humanos', nunca seremos somente bons". Lembra ainda que "as palavras são tão humanas que se parecem conosco: elas nunca poderão ser somente boas, elas enganam, ocultam, velam, destroem, segundo o caso" (Campos, 2004:15). E vai além, "As pessoas atuam com essa violência porque não podem fazer outra coisa" (Campos, 2004:14). Será que uma maior consciência dos profissionais sobre os processos de subjetivização vigentes nas práticas de saúde os ajudaria a evitar atitudes violentas contra seus pacientes? Solange ressalta: "A partir da hora que ele olhar, não tem como não ver, porque o rosto conta. Fala da angústia, fala do medo, fala... a gente fala pelo olhar".

A comunicação não-verbal também é reveladora do outro. Demonstra-se interesse quando se pergunta a uma pessoa como ela está,

de cabeça baixa, sem olhar para ela? Por outro lado, às vezes não são necessárias palavras, um simples olhar de compreensão, um toque podem trazer conforto para o paciente.

Caminhos Possíveis para um Encontro Humanizado

É preciso haver uma reflexão crítica sobre a prática cotidiana exercida nos serviços de saúde. Para haver mudanças significativas na qualidade da atenção, é essencial reconhecer a legitimidade dos usuários e os limites de cada um (profissional e usuário). É preciso compartilhar sentimentos e saberes e, assim, ampliar as chances de encontrar respostas viáveis para as necessidades que são de ambos.

Usuárias como Solange, que lutam para ter voz e estabelecer uma relação mais simétrica com seus médicos, podem ajudar no avanço da humanização da assistência. Mas é preciso que sua ação militante e opiniões sejam realmente levadas em consideração e encontrem eco na definição das políticas públicas e no cotidiano dos serviços de saúde. “Os profissionais precisam começar a ver a gente como a gente que a gente é. Eu não sou só o HIV que eu tenho”.

Ao se relacionar apenas com a doença, o profissional ocupa lugar de adversário – aquele que luta contra o mal. Relacionando-se com a pessoa, ele ocupa o lugar de parceiro. Assim, em parceria, profissional e usuário pensarão em estratégias para lidar com o sofrimento e buscar saúde. A posição de adversário do mal é solitária e pesada; ao se tornar um parceiro do paciente, as forças se somam e tudo fica mais leve.

Teixeira (2003:105) assinala: “todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo, e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades”. Se as diferenças geram o afastamento, se o que é diferente dos meus parâmetros de normalidade eu classifico como patológico e imponho uma conduta, eu me aparto do outro, ao invés de me integrar e permitir que nossas subjetividades transitem livremente,

trocando e somando nossas possibilidades de aliviar o sofrimento. "Humanizar é abrir-se ao outro e acolher solidária e legitimamente a diversidade" (Ayres, 2004:4). Solange acrescenta: "Eu não estou falando de um Deus, mas de um ser humano olhando para outro ser humano, além daquilo que ele tem de clinicar, isso é humanização".

Atento ao modelo comunicacional que se estabelece na relação entre profissional da saúde e usuário, Teixeira (2003:95) diz que "a substância, a matéria do trabalho em saúde é a conversa". O autor fala da necessidade de que desalienemos nossos modos de conversar e verifiquemos de que forma estamos utilizando as técnicas de conversar. Trazer o 'texto' pronto para controlar e agilizar o encontro, com a preocupação de saber aonde a conversa vai dar, reprime a expressão espontânea do outro (ou de ambos). Quanto mais livre o profissional estiver dos roteiros para coleta de informações, de preconceitos sobre o que é certo e o que é errado para tratar de tal ou qual 'quadro clínico' e para ter saúde, mais liberdade terão os usuários para se expressar. Livres, exercitando a democracia, como afirma Teixeira, a conversa poderá fluir sem receios de serem desqualificados.

Para Campos, citado por Franco, Bueno e Merhy (1999:352),

> em relação ao trabalho clínico não haveria como valorizar-se 'A Obra' sem um processo de trabalho que garantisse os maiores coeficientes de vínculos entre profissional e paciente (...) Considera-se vínculo a responsabilização pelo problema de saúde do usuário, individual e coletivo.

É no 'trabalho vivo em ato', é na liberdade de viver o encontro com o outro que podemos evoluir como profissionais, cidadãos e seres humanos. Quase pontificando, sobre isso fala Solange: "A gente tem que ser melhor naquilo que a gente faz. E para se melhorar tem que ser humano!".

Notas

[1] Todos os nomes são fictícios.

Referências Bibliográficas

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1):1-13, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 18 fev. 2005.

AYRES, J. R. C. M. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):1-4, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: mar. 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. *Aconselhamento: um desafio para prática integral em saúde – avaliação das ações*. Brasília: MS, 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 2. ed. Brasília: MS, 2004.

CAMPOS, R. O. Mudando os processos de subjetivização em prol da humanização da assistência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):12-16, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 01 mar. 2005.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):7-14, 2004.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2):345-353, 1999.

PUCCINI, P. T. & CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5):1.342-1.353, 2004.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2003.

YÉPEZ, M. T. & MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1):1-14, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 18 fev. 2005.